

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  
**Especialização em Saúde da Família**  
**Modalidade a Distância**  
**Turma 9**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa da UBS/ESF Secretaria de  
Saúde Sede II, Curimatá/PI**

**Yaneisy Nápoles Serrano**

**Pelotas, 2016**

**Yaneisy Nápoles Serrano**

**Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa da UBS/ESF Secretaria de  
Saúde Sede II, Curimatá/PI**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Saúde da  
Família EaD da Universidade Federal de  
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta  
do SUS, como requisito parcial à obtenção do  
título de Especialista em Saúde da Família.

**Orientadora:** Wâneza Dias Borges Hirsch.

**Coorientadora:** Vera Lúcia Quinhones Guidolin.

**Pelotas, 2016**

**Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação**

S487m Serrano, Yaneisy Nápoles

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa da UBS/ESF  
Secretaria de Saúde Sede Ii, Curimatá/PI / Yaneisy Nápoles Serrano;  
Wâneza Dias Borges Hirsch, orientador(a); Vera Lúcia Quinhones  
Guidolin, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

108 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da  
Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de  
Pelotas, 2016.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde do Idoso  
4.Assistência domiciliar 5.Saúde Bucal I. Hirsch, Wâneza Dias Borges,  
orient. II. Guidolin, Vera Lúcia Quinhones, coorient. III. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

## **Agradecimentos**

Eu agradeço a todas aquelas pessoas que fizeram possível o desenvolvimento da intervenção, de forma geral à equipe e à gestora pelo apoio e por disponibilizar tudo o que era necessário para alcançar nosso objetivo que é propiciar saúde com qualidade à nossa população.

Agradeço também as minhas orientadoras pelo apoio e guia durante todo o período, assim como a Universidade Federal de Pelotas – Departamento de Medicina Social, pela oportunidade de aprimorar nosso desempenho na Atenção Primária de Saúde.

## Resumo

Nápoles Serrano, Yaneisy. **Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa da UBS/ESF Secretaria de Saúde Sede II, Curimatá/PI** 2016.107f.Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

Este trata-se de um trabalho cuja intervenção tem a finalidade de Melhorar a Atenção à Saúde da Pessoa Idosa da UBS/ESF Secretaria de Saúde Sede II, localizada em zona urbana, na Avenida Telesforo Guerra S/N, município Curimatá/PI, com uma população total adstrita de 2.713 habitantes. Destes, 278 usuários são idosos com os quais trabalhamos na intervenção. Minha equipe determinou trabalhar com o grupo populacional, pois temos na área grande quantidade de idosos, os quais não faziam um bom seguimento programado, sendo que determinamos reverter esta situação. Em 2008, os idosos representavam 9,5% da população, de forma que, caso as projeções se confirmem no ano de 2050, eles representarão aproximadamente 30% da população brasileira (IBGE, 2011). Esta intervenção foi estruturada para ser desenvolvido no período de 12 semanas, de setembro a dezembro de 2015, onde participaram da intervenção todos os usuários idosos de 60 anos e mais, da área de abrangência na unidade. Para alcançar os objetivos e metas, a equipe desenvolveu ações distribuídas em quatro eixos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Foram cadastrados 278 idosos no programa, para uma cobertura 100,0 %, na unidade. Todos realizaram avaliação multidimensional rápida (100%), com exame clínico apropriado em dia e a solicitação dos exames complementares periódicos em dia (100%), tiveram aferida a pressão arterial (100%), com rastreamento para diabetes mellitus (100%), todos apresentam prescrição de medicamentos da farmácia popular (100%). É importante mencionar que daremos continuidade ao trabalho desempenhado até o momento, com a intenção de prosseguir melhorando a qualidade do atendimento oferecido pela equipe, não só aos idosos, como também aproveitar a experiência do projeto, com todos os grupos de risco na área, buscando sempre a excelência do atendimento de forma geral.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Saúde da família; Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa.

## **Lista de Figuras**

Figura 1	Gráfico da Cobertura do programa de atenção à saúde da pessoa idosa na Unidade Básica de Saúde.	83
Figura 2	Gráfico Proporção de pessoas idosas com prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia priorizada.	85

### **Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos**

ACS	Agentes Comunitários da Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
AS	Análise Situacional
CAP	Caderno de Ações Programáticas
DSTs	Doenças Sexualmente Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
EAD	Educação a Distancia
EV	Endovenoso
F	Feminino
HAS	Hipertensão Arterial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IM	Intramuscular
MS	Ministério de Saúde
M	Masculino
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMA	Organização Mundial da Saúde
PSE	Programas de Educação para a Saúde nas Escolas
SUS	Sistema Único de Saúde
SIAB	Sistema de Informações de Atenção Básica
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
VD	Visitas Domiciliares

## Sumário

Apresentação .....	9
1 Análise Situacional .....	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	10
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	28
2 Análise Estratégica .....	29
2.1. Justificativa .....	29
2.2 Objetivos e metas .....	33
2.2.1 Objetivo geral .....	33
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	33
2.3 Metodologia .....	35
2.3.1 Detalhamento das ações .....	36
2.3.2 Indicadores .....	64
2.3.3. Logística .....	71
2.3.4 Cronograma .....	75
3 Relatório da Intervenção .....	77
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	77
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	79
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	80
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	80
4 Avaliação da intervenção .....	81
4.1 Resultados .....	81
4.2 Discussão .....	90
5 Relatório da intervenção para gestores .....	94
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	97
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem .....	100
Referências .....	102
Apêndice .....	104
Anexos. ....	105



## **Apresentação**

Trata-se de um trabalho de conclusão do curso da Especialização em Saúde Familiar – Modalidade EAD, agenciado pela Universidade Federal de Pelotas e pela Universidade Aberta do SUS.

Teve seu início no mês de setembro 2015 e finalizando no mês de março de 2016, com a entrega e conclusão do trabalho. O mesmo é o resultado das atividades que foram desenvolvidas durante as Unidades de Ensino que integram o Projeto Pedagógico do curso.

O trabalho foi constituído por uma intervenção em campo, com o objetivo de melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa da UBS/ESF Secretária de Saúde Sede II, localizada em zona urbana, na Avenida Telesforo Guerra S/N, no município Curimatá/PI, inaugurado em 2008.

O volume foi organizado em quatro unidades de trabalho consecutivas e conectadas. Na primeira parte apresentamos a semanas de ambientação e análise situacional conformado na unidade um do curso.

Na segunda parte se encontra a análise estratégica, por meio da construção de um projeto de intervenção que acontece no transcurso da unidade dois. Já na terceira parte apresentamos o relatório da intervenção, concretizado ao longo das 12 semanas de intervenção na unidade três.

No trajeto da unidade quatro, fizemos a quarta seção, onde avaliamos e discutimos os resultados, apresentando os gráficos correspondentes aos indicadores em questão. Na sexta seção fizemos o relatório da intervenção para a comunidade.

A reflexão crítica do processo pessoal de aprendizagem no transcurso do curso e da implementação da intervenção foi abordada na sétima parte. Finalizando o volume, estão os anexos e apêndices usados no desenvolvimento do trabalho.

## **1. Análise Situacional**

### **1.1- Texto inicial sobre a situação da ESF/APS**

A UBS Secretária da Saúde Sede II, encontra-se localizada em zona urbana, na Avenida Telesforo Guerra s/n, no município Curimatá/PI. Foi inaugurado em 2008, há 7 anos, com uma população total de 2713 habitantes. Caracteriza-se por ser uma unidade mista com Estratégia de Saúde da Família e pronto atendimento na Atenção Básica, tem programa de agentes comunitários em saúde, atenção à crianças, mulheres e adultos.

Atualmente, existem nesta unidade duas equipes de Saúde da Família todos integrados por um médico clínico geral, enfermeira, técnico de enfermagem, auxiliares de enfermagem, cinco agentes comunitários, odontóloga, auxiliares em saúde bucal e técnico de higiene dental, a unidade de forma geral apresenta estrutura espaçosa, com iluminação natural e ventilada. Contamos com as condições e comodidades suficientes para um bom atendimento dos usuários.

Possui três consultórios médicos, dois consultórios de enfermagem, dois consultórios odontológicos, uma sala de coordenação, cinco banheiros, uma recepção, uma sala para curativos, uma sala de arquivos, uma farmácia com depósito e dois consultórios para o atendimento da equipe do NASF, sendo a mesma composta por assistente social, fisioterapeuta, médico ginecologista, nutricionista, psicólogo e profissionais da educação física. Apoiando à assistência farmacêutica, uma alimentação e nutrição saudável, reabilitação e saúde da criança e a mulher.

O atendimento do posto é feito no período da manhã e da tarde, com muita demanda espontânea, de segunda a sexta-feira, atendendo a comunidade com os seguintes procedimentos: triagem, consultas médicas para todo tipo de usuários, consultas e procedimentos odontológicos, consultas de enfermagem, pré-natal, procedimentos ambulatoriais de enfermagem, colonoscopia oncótica, imunização conforme o Programa de Imunização Nacional, teste do pezinho, e ainda trabalhamos com o programa de Hiperdia fazendo os controles de usuários hipertensos e diabéticos duas vezes por semana.

Desde minha chegada notei o grande trabalho que teria que ser feito por parte da equipe na melhoria da organização nos atendimentos na unidade, reconheço que nas primeiras semanas fiquei um pouco desapontada, pois a demanda era muito grande, pela necessidade do atendimento que tinha a comunidade, mais com o passar do tempo fico muito grata que todos trabalháramos para melhorar esta questão.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

O município de Curimatá-PI, está localizado na Mesorregião do Sudoeste Piauiense, possui uma população total de 10.765 habitantes, dos quais 7.084 são moradores da área urbana e 3.681 vivem na área rural, de acordo com o último censo populacional (IBGE, 2011)

Contamos com quatro Unidades Básica de Saúde em funcionamento e uma em construção, em face de terminação para este ano, todas com ESF, só minha unidade: A Secretária da Saúde Sede II, localizada na Avenida Telesforo guerra s/n, possui dois consultórios para o atendimento da equipe do NASF.

Dentro das especialidades disponíveis na área, contamos com Ginecologista-Obstetra, Cirurgião, Psicólogo e Nutricionista. Também temos disponibilidade na área de um laboratório para a realização dos exames complementares gratuitamente pelo SUS na população, brindando um serviço de excelência e maior benefício para os usuários no município.

Temos um Hospital de mediana resolutividade, com o SAMU, onde os casos de urgência e emergência, são atendidos com a rapidez requerida e ao mesmo tempo, temos uma sala de fisioterapia, onde todo aquele com incapacidades funcional-motora pode-se tratar sem ter que sair do município.

A unidade encontra-se localizada em zona urbana, como já falei anteriormente, na Avenida Telesforo guerra s/n, foi inaugurado em 2008, está vinculada diretamente com o SUS, já que o pessoal trabalha bajo os princípios

do mesmo, como são: Universalidade, equidade para todos os usuários, integralidade na atenção deles, regionalização e hierarquização, resolubilidade, descentralização, trabalhamos diretamente com a participação dos cidadãos e a complementaridade do setor privado.

Temos vinculado aos estudantes de técnico em enfermagem, de segunda a quinta feira, pela manhã e tarde, onde a docência é dada pela enfermeira. Nosso modelo de atenção é misto já que constamos com agentes comunitários nas áreas. Apresentamos cinco equipes de saúde, todos compostos por uma enfermeira, médico, cinco agentes comunitários, um odontólogo, um técnico de enfermagem e de odontologia.

A unidade possui estrutura ampla e arejada, temos três consultórios médicos, dois consultórios odontológicos, duas consultas de enfermagem, uma sala de coordenação, cinco banheiros, uma recepção, uma sala para curativos, uma sala de arquivos, uma sala para esterilização, dois consultórios para o atendimento da equipe do NASF, uma farmácia e um depósito da mesma. Este ano a sala de vacina foi reformada, assim como a garagem, expurgo, área de serviço e banheiros para cadeirantes.

O total da população atendida na área é de 2713 habitantes, temos 858 mulheres em idade fértil (10-49 anos), 220 entre 25 e 64 anos e 397 mulheres entre 50 e 69 anos, existem 24 menores de um ano, deles 10 são meninos e 14 meninas, 90 usuários são menores de 5 anos, deles 49 são femininas (F) e 41 masculinos (M), de 5-14 anos temos 370 pessoas, delas 198 são (F) e 172 são (M), de 15 a 59 anos contamos com 1125 mulheres e 677 homens, de 60 anos ou mais, temos que 131 são (F) e 112 são (M), de 20-59 anos, apresentamos 1530 usuários, deles 1008 são (F) e 522 são (M) e temos que de 20 anos ou mais contamos com 1968 usuários, deles 1224 são (F) e 744 são (M).

Dentro dos aspectos negativos, encontra-se a falta de capacidade que têm a recepção, já que é muito pequeno para a demanda populacional que chega à

unidade todos os dias, pois além da minha equipe, trabalha dois equipes mais de saúde no transcurso da semana, isso acontece também com a sala de espera, onde a quantidade de cadeiras é insuficiente, para acomodar todos os usuários, questão que já foi debatida com a secretaria, onde se chego ao acordo de comprar pelo menos mais cadeiras, para o benefício da população de forma geral.

A equipe trabalha de forma conjunta e dinâmica, onde as agentes comunitárias identificam os diferentes grupos de agravos, como são: os portadores de Hipertensão, Diabéticos Tipo. I e II, Asmáticos, e também os usuários que apresentam doença infecto contagiosas tais como: Tuberculose, Hanseníase, entre outras doenças. Netos casos o médico e a enfermeira fazem as consultas de controle. Assim como as visitas domiciliárias, questão importante para conhecer o meio em que interatuam as pessoas doentes com os demais indivíduos, em as visitas também se fazem curativos, educação em saúde, se aplicam medicações orais é injetável, entre outros procedimentos de enfermagem.

É importante mencionar que a equipe trabalha de forma contínua, uma vez que são identificados os usuários, com as doenças infecto contagiosa e as pessoas com risco de contrair as mesmas, se faz acompanhamentos em situações de internação domiciliária, notificando os casos, assim como fazendo a busca ativa de outras pessoas que tenham riscos de contágio, ou tenham os sintomas das mesmas, na comunidade de forma geral.

Além do anteriormente mencionado, tenho que reconhecer que na unidade não se trabalha com muita sistematização nos seguintes grupos de risco: as pessoas que fumam, viciados em drogas, problemas psíquico, planejamento familiar e saúde da mulher de forma geral, aspectos negativos que temos que ter em conta para enfatizar o trabalho na comunidade, realizando as dinâmicas de grupos, propiciando assim que estas pessoas sentam-se identificadas com seu problema de saúde, que possam atuar de forma positiva

sobre a mesma, tomando conduta adequadas para melhorar sua saúde de forma geral.

Um aspecto positivo em nossa equipe, é a reunião dada no final do mês, onde se discutem os casos mais preocupantes, atendidos no transcurso das distintas semanas, já sejam nas visitas, como nas consultas de controle, planejando-se as ações de saúde adequadas, para melhorar o acolhimento e acompanhamento dos usuários, assim como preparar o trabalho do próxima mês, todo isso se faz com a intenção de aperfeiçoar a qualidade do atendimento na equipe, não deixando de reconhecer que ainda falta muito trabalho por fazer na população.

Minha equipe para oferecer um atendimento de qualidade e equidade, tem em consideração que os usuários também definem o que é necessidade de saúde. Podendo apresentá-las enquanto demanda, aos serviços prestados na unidade de saúde, pelo que as questões apresentadas pelos usuários são acolhidas, escutadas e reconhecidas como legítimas, dando sempre uma resposta a cada interrogante da pessoa.

A unidade está aberta pela manhã e tarde, onde as pessoas são acolhidas todos os dias na recepção pela recepcionista, com ajuda da equipe de referência dos usuários e a equipe do dia. Isso acontece por excesso de demanda espontânea que procuram o posto, já que nela trabalhamos 3 equipes de saúde, mas não por isso se deixa de acolher as demandas dos usuários que chegam a nosso encontro. Dando sempre as orientações corretas dependendo da necessidade que tenha o usuário de atenção médica.

Imediatamente que vão entrando no serviço de saúde, de forma organizada se classificam os usuários dependendo da idade, assim como seu problema de saúde. E, quando não temos consultas programadas disponíveis, as assistentes encarregam-se de encaminhar as pessoas até seu lugar de consulta, mostrando-lhes assim o profissional que vai fazer seu atendimento.

Minha equipe trabalha de forma planejada, onde as agentes de saúde, por meio das visitas domiciliárias, fazem os agendamentos das consultas programadas, dependendo do grupo de risco da pessoa de forma específica, diariamente são agendadas 16 consultas planejadas. Mas, os usuários que procuram a unidade como demanda espontânea, já seja porque precisam da continuidade do tratamento, ou por que tenham nesse momento, necessidade do atendimento por sintomas de uma doença determinada. Sempre se trata de dar atendimento médico a todo aquele usuário que tenha necessidade da consulta.

Além do antes exposto posso dizer que ainda existem dificuldades nas consultas programadas, já que não todos os usuários apresentam-se o dia do agendamento. Pode ser por falta de consciência de seu problema de saúde, ou por desconhecimento da importância que tem as consultas de seguimento para seu bem-estar físico e social. Nós como equipe temos que convencer aos usuários, que estas consultas não são uma perda de seu tempo, pois é a oportunidade que eles têm, de interagir e intercambiar informações com seu médico de base, ganhando os mesmos conhecimentos sobre como modificar modo e estilo de vida, sem complicações maiores.

No serviço de saúde em que trabalho se realiza atendimento de puericultura, pela enfermeira e o médico, todos os dias, para as crianças recém-nascidas até 72 meses de nascida. Esta população-alvo tem atendimento programado e agendado pelas agentes comunitárias, tendo como guia o protocolo do atendimento de puericultura do Ministério da Saúde. As consultas são registradas, em os prontuários clínicos, formulário especial, ficha de atendimento odontológico, nutricionais e ficha-espelho de vacina, os arquivos são revisados mensalmente pela enfermeira e o médico, com o objetivo de verificar crianças faltosas, completude dos registros, identificar procedimentos em atraso, crianças de risco, avaliar a qualidade do programa, assim como planejar estratégias para melhorar os atendimentos.

Entretanto, é preciso ressaltar que, muitas das consultas não são feitas, posto que as mães só frequentam a unidade quando a criança está doente. Isto dificulta o trabalho do médico para prevenir doença e suas complicações, porém isso constitui uma problemática para a saúde das crianças na comunidade.

Além do antes mencionado, quando elas buscam atendimento, as consultas fazem-se de forma integral.

Já que algumas das mães não fazem consulta frequentemente a seus bebês, as visitas domiciliares são muito importantes para orientá-las, trocando informações vinculadas às necessidades particulares de cada uma, priorizando as atividades educativas.

Após preencher os dados no CAP oferecido pelo curso e apoiando-me no SIAB da minha unidade, posso concluir que na área de abrangência onde trabalho temos 24 crianças, menores de 12 meses. Isto representa 59% de cobertura e 1.7% do índice de qualidade, segundo os dados do CAP. Deste universo, somente 19 delas consultaram-se nos primeiros sete dias de vida, com consultas programadas em dia de acordo com o protocolo do ministério da saúde, ou seja, 79% delas. Ainda no universo das 24 crianças, 5 delas apresentam atraso das consultas agendadas, em mais de sete dias, o que representa 21%. Ainda, dado continuidade nas análises do CAP, 42%, ou seja, 10 delas têm triagem auditiva e avaliação da saúde bucal e as 24 crianças atendidas pela equipe fizeram teste do pezinho, com monitoramento do crescimento e desenvolvimento, têm as vacinas atualizadas, com avaliação da saúde bucal dependendo da idade, receberam orientações sobre aleitamento materno exclusivo até 6 meses de vida e como prevenir acidentes no domicílio, 100% delas.

Ao analisar os indicadores e o questionário preenchido verificamos que, precisamos melhorar a qualidade da atenção, para ampliar a cobertura das consultas, atualizando e trabalhando mais com o arquivo do formulário especial da puericultura. Este trabalho tem como objetivo principal, verificar as crianças faltosas às consultas, identificar procedimentos em atraso e crianças de risco, assim como avaliar a qualidade do programa. Tudo isso nos permitirá controlar o seguimento das crianças, com maior eficácia, trabalhando através das ações



de promoção e prevenção, para alcançar índices percentuais melhores, sobre tudo educando às famílias sobre a importância da puericultura.

Também, no serviço em que atuo, a população adstrita faz parte do programa Bolsa Família, onde o responsável pelo o cadastro das crianças, é a assistência social, o acompanhamento é feito pela equipe de saúde. No serviço de saúde nós realizamos o acompanhamento das crianças com as vacinas atualizadas, seu peso e altura de acordo com a idade e seu estado nutricional para a mesma. O programa bolsa família é custeado pelo governo federal, para tentar amenizar a pobreza ofertando-lhe um bônus de R\$ 75.00 por criança, chegando as famílias uma renda maior que um salário mínimo.

A consulta pré-natal da equipe se faz toda segunda-feira na unidade de saúde, pela enfermeira e eu, a médica; utilizamos como guia o protocolo de atendimento pré-natal do Ministério da Saúde.

Na população não se trabalha ao 100% com este risco, é por isso que a maioria das gestações ou pelo menos a metade não é inicialmente planejada, embora ela possa ser desejada. Entretanto, em muitas ocasiões, o não planejamento, se deve à falta de orientação ou de oportunidades para a aquisição de um método anticoncepcional, isso ocorre comumente com as adolescentes, que não tem uma boa orientação sexual.

O número de consultas varia dependendo do risco que tenha a mulher, mas não são todas que mantem os atendimentos em dia, é por isso que são registrados no formulário específicos, com a finalidade de procurar as gestantes faltosas, às consultas previamente planejadas pela equipe, possibilitando ter um maior controle sobre o atendimento das mesmas e seu seguimento, procurando aquelas que não frequentam periodicamente as consultas, buscando soluções para melhorar seu atendimento.

Após preencher os dados no CAP oferecido pelo curso em conjunto com o SIAB da unidade, posso dizer que temos 10 gestantes em nossa área de abrangência, o que corresponde a 37% de cobertura das gestantes da área de abrangência da UBS. Todas têm a primeira consulta no primeiro trimestre, com os atendimentos em dia de acordo com o calendário do ministério da saúde, têm a solicitação na primeira consulta dos exames laboratoriais preconizados,

vacinas atualizadas de acordo com o programa, com prescrição de suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico. E, orientação no último trimestre sobre aleitamento materno exclusivo de 100%, mas só 7 delas apresentam exame ginecológico por trimestre para um 70% e 5 das mesmas apresentam avaliação da saúde bucal para um 50%.

O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna.

Quando o parto das gestantes se aproxima, se fala sobre o puerpério, onde elas receberam orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido, aleitamento materno exclusivo, planejamento familiar, assim como o seguimento que terão nesta etapa. Mais além delas conhecer todas as orientações, não aparecem nas consultas programadas, só quando o bebê tem consulta ou algum problema de saúde, então aproveitam para ser consultadas, perdendo a oportunidade de ter um seguimento adequado principalmente nos primeiros 7 dias até completar os 42 dias, sendo isso uma deficiência para nossa equipe.

Tampouco utilizamos os protocolos, pois estão em falta, para esse grupo de risco, não constamos com os registros específicos, o que dificulta o monitoramento periódico das ações em saúde das puérperas.

Tanto é assim que ao preencher os dados no caderno de ações programática em conjunto com o SIAB da UBS, percebi que só temos 5 puérperas para um 12 % do indicador de cobertura. Delas as 5 têm a primeira consulta registrada antes dos 42 dias pós-parto, receberam orientações sobre os cuidados básico do recém-nascido, aleitamento materno exclusivo, planejamento familiar, fizeram exame das mamas e abdômen para um 100%, só 3 delas realizariam exame ginecológico para um 60% e 2 foram avaliadas em quanto as intercorrências para um 40%.

Como já apresentei anteriormente, praticamente não acompanhamos o grupo de risco, por tanto nossa equipe tem que trabalhar mais com este grupo de risco, dando mais informações, sobre as complicações que podassem apresentar, se elas não tiveram uma conduta adequada nesta etapa, garantindo uma melhor qualidade de vida para elas e seu bebê. Também, temos que

atualizar as fichas e formulários especial do puerpério dando a possibilidade ao pessoal da saúde um maior controle sobre as consultas nesta etapa de risco.

Na nossa UBS realiza-se a coleta do exame citopatológico, cinco dias na semana, de manhã e tarde, feito pelas enfermeiras, os atendimentos são notificados em livro de registros e formulário específico, as usuárias chegam à unidade de forma voluntária e algumas com consultas programadas dirigidas dependendo da idade, os seguimentos são feitos pelos protocolos de prevenção de câncer. As mesmas têm um acompanhamento adequado em relação aos exames atrasados e os alterados em atraso, os arquivos são revisados mensalmente pela enfermeira em conjunto com as agentes comunitárias, para assim procurar pelas mulheres faltosas.

Na unidade trabalhamos com o planejamento, gestão e coordenação dos programas em questão, do mesmo jeito acontece com o seguimento do Câncer de Mama.

Além do antes mencionado temos que trabalhar exaustivamente, no planejamento e controle das ações dirigidas neste grupo de risco, maioritariamente as que não tem exames feitos pela primeira vez, incluindo-as em os formulários específicos, dando a possibilidade ao pessoal de saúde procura-las na comunidade, assim como dar palestras à população sobre a importância dos exames em questão, seus benefícios e as complicações que podem apresentar, por não ter um seguimento adequado.

Também são realizadas as atividades em grupos, onde participam a enfermeira, o médico clínico geral da família, ginecologista, nutricionista, psicóloga e auxiliar de enfermagem, que por meio das palestras orienta-se a este grupo de risco sobre as DSTs e o uso de preservativo em todas as relações sexuais. Ao mesmo tempo se fala sobre os malefícios do tabagismo, alimentação saudável, o consumo excessivo de álcool, entre outros temas importante para a saúde da mulher.

Após preencher os dados no CAP oferecido pelo curso em conjunto com o SIAB da unidade, posso dizer que de, 220 mulheres em seguimento do Câncer do Útero, para um índice de qualidade de 3% e o índice de cobertura de 33 %,

só 120 de elas, têm feito os exames em dia, com avaliação do risco e os exames coletados com amostra satisfatória, para um 55 %, 100 de elas têm mais de 6 meses de atraso em seus exames, para um 45 %, 30 mulheres apresentam exames alterados e coletados com células representativa da junção escamo lunar, para um 14%, 198 mulheres receberam orientações sobre prevenção de câncer, para um 90 % e as 220 tiveram palestras sobre as DSTs, para um 100%.

Em relação ao Câncer de Mama das 98 mulheres em seguimento temos 50 mulheres com mamografia em dia e também apresentam o risco avaliado, para um 51%, 48 mulheres têm mais de 3 meses de atraso no exame, para um 49% e as 98 mulheres receberam orientações sobre como prevenir esta doença, para um 100%, com um índice de cobertura de 48% e o índice de qualidade é de 2% do total da população atendida.

Temos que trabalhar exaustivamente, no controle das mulheres em idade de risco e maioritariamente em relação as que não tem exames feitos por primeira vez, registrá-las em formulários específicos, dando a possibilidade ao pessoal de saúde procura-las na comunidade, assim como dar palestras à população sobre a importância dos exames em questão, seus benefícios e as complicações que podem apresentar por não ter um seguimento adequado.

A HAS e a DM são importantes fatores de risco para as doenças cardiovasculares e podem-se controlar com a adoção de medidas preventivas.

O acompanhamento dos profissionais aos usuários com as doenças ou com fatores de risco que provoquem as mesmas é fundamental, pois o controle da pressão arterial e o monitoramento da glicose reduz complicações cardiovasculares e desfechos como Infarto Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular Cerebral, Problemas Renais, entre outros. Também é importante o início do processo da educação em saúde das pessoas, aspecto fundamental para a prevenção de complicações, melhorando sua qualidade de vida.

Na nossa UBS a consulta de avaliação inicial e a estratificação do risco cardiovascular para essas doenças é feita pela enfermeira, a médica, nutricionista, odontólogo e psicólogo, utilizando a classificação para estratificar o risco cardiovascular, as consultas são feitas todos os dias da semana, pela

manhã e tarde, existe demanda de usuários fora da área de cobertura, mais a mesma não é muito grande, pelo que é irrelevante, o objetivo é avaliar os fatores de risco dos usuários para doença cerebrovascular, a presença de lesões em órgãos-alvo e considerar a hipótese de complicações ou outra situação clínica para encaminhamento às consultas mais especializadas. Após a consulta os adultos com HAS e DM TII sai da unidade com a próxima consulta programada agenda.

Após preencher os dados no cadernos de ações programáticas em conjunto ao sistema de atenção básica tanto da HAS quanto a DM conclui-se temos 261 de 544 hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados pela unidade para 48% do índice de cobertura, quando comparados aos dados estimados pelo CAP. Nos indicadores de qualidade, pudemos observar que 99 (38%) portadores de HAS têm estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, receberam orientações sobre a prática de atividade física regular e alimentação saudável, 62%(162) usuários apresentam atraso nas consultas agendadas em mais de 7 dias, 62 %(162) dos usuários têm exames complementares periódicos em dia para um 32%(83) deles têm avaliação da saúde bucal em dia, para um 30%(78).

Com respeito à DM TII temos 47 de 155 usuários de 20 anos ou mais, com a doença residentes na área de abrangência, representando 30% do índice de cobertura e 68% (32) dos usuários têm realizado a estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, receberam orientações sobre a prática de atividade física regular, alimentação saudável e apresentam avaliação da saúde bucal em dia, 51% (24) dos usuários têm atrasadas as consultas agendadas em mais de 7 dias, 55% (26) dos usuários apresentam os exames complementares periódicos em dia, e 60% (28) dos usuários fizeram o exame físico dos pés, com medida da sensibilidade, palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses.

Dentro dos aspetos negativos, tenho que destacar que não apresentamos protocolos de atendimento, para um melhor seguimento dos usuários, nem arquivos específicos para os registros dos atendimentos. Tão pouco existe o

programa HIPERDIA do ministério da saúde, questões que já fueiro tratadas com a enfermeira, levando-se como acordo a implementação dos mesmos, por sua importância e foi marcada uma data, para que os documentos estejam na unidade como guia, dos seguimentos neste grupo de risco.

Dentro das ações desenvolvidas na unidade, no cuidado aos adultos portadores das doenças, temos a imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, de saúde bucal, obesidade, sedentarismo e tabagismo.

Utilizamos os protocolos para regular o acesso dos adultos portadores das doenças a outros níveis do sistema de saúde, como são: Encaminhamento para atendimento nas especialidades, internação hospitalar, serviços de pronto-atendimento, pronto-socorro.

Os atendimentos são registrados em os prontuários clínicos, ficha de atendimento odontológico, nutricional e ficha-espelho de vacinas.

O processo de educação em Saúde estabelecido entre a equipe e os usuários é contínuo, realizando o exame físico completo para poder detectar lesões de órgão-alvo e identificar outras condições que aumentam a morbimortalidade influenciando no tratamento, são indicados exames complementares uma vez por ano, dependendo da saúde da pessoa, acompanhando sempre a evolução do usuário com a doença, colocando o tratamento com o objetivo de manter níveis tensionais normais e também são explicadas aos usuários como reconhecer sinais de complicações das doenças em questão. Da mesma forma fazemos o acompanhamento das pessoas diabéticas, reduzindo de essa forma o risco das doenças cardiovasculares.

Na nossa área são realizadas atividades, em grupos de adultos com as doenças, como ações de promoção e prevenção em saúde, tanto para a comunidade em geral, como para a população do risco e os que já têm as enfermidades em questão diagnosticadas, no âmbito da unidade e na comunidade, explicando a importância da realização dos exercícios físicos e alimentação saudável, para o controle do peso corporal, damos orientações sobre os malefícios do tabagismo e do consumo excessivo de álcool para os

usuários, assim como a importância de manter o tratamento indicado naqueles com a doença já diagnosticada.

Nestas atividades participam toda a equipe fornecendo desde seu olhar seus critérios para que a população possa adquirir todos os conhecimentos necessários. Onde a enfermeira, a médica e nutricionista, fazem o planejamento das ações dispensadas aos adultos.

Temos que continuar trabalhando na promoção e prevenção das doenças na área, já que os indicadores estão baixos, uma das medidas que poderíamos utilizar é a revisão frequentemente das fichas e registros de controle feitos pela equipe, permitindo de essa forma conhecer os usuários faltosos nas consultas e assim recuperar as mesmas em atraso. Podemos informar as pessoas, os benefícios que trazem as consultas programadas para eles, assim como o risco ao não assistir a elas. Ademais temos que continuar fazendo pesquisas, para detectar os usuários hipertensos e diabéticos que ainda não estão registrados na nossa área e que porem não têm controle.

Na unidade fazemos também os atendimentos dos idosos, todos os dias da semana, já que não existe arquivos específicos, para registrar os atendimentos, são anotados em os prontuários clínicos, fichas de atendimento odontológico, nutricional e fichas-espelho de vacina, as consultas são feitas pela manhã e tarde e participam desse atendimento: a enfermeira, o médico, nutricionista, odontólogo e psicólogo.

Após um completo interrogatório e exame físico que inclui triagem, avaliamos as diferentes capacidades funcionais, que possam estar afetadas nesses usuários, assim como a presença ou não de suporte familiar e determinamos se são independentes ou dependentes de outra pessoa e se for necessário os encaminhamos para outro serviço especializado. Posteriormente à consulta, o idoso já sai com a próxima consulta programada agendada, mais também existe oferta de atendimento para idosos com problemas de saúde agudos sim precisar.

Além do antes mencionado, tenho que reconhecer que a maioria dos usuários idosos, só vão à consulta quando têm algum problema de saúde, sendo

isto uma problemática para seu bom seguimento, mas com o trabalho da equipe, temos conseguido que compreendam a importância de assistir às consultas programadas, para avaliação do estado de saúde, embora não exista nenhuma doença aguda nesse momento, pois pode acontecer que existam sintomas ou sinais de algum problema de saúde, que não tenham sido percebidos pelo próprio usuário ou familiares, detectando precocemente problemas de saúde de maior prevalência, tais como Hipertensão e Diabetes entre outras.

Também tenho que falar que não fazemos atividades em grupo, dificultando que interatuemos com os usuários é impossibilitando que a equipe encontre uma forma de modificar o modo e estilo de vida dos mesmos, outro aspecto negativo é que na unidade não constamos com os protocolos de atendimento, nem os que regulam o acesso deles a outros níveis do sistema de saúde, o que dificulta o seguimento dos usuários. Tampouco existe o Estatuto do Idoso, o programa de atenção ao idoso, nem o planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas aos mesmos, questões que já foram debatidas com a equipe, em conjunto com a secretaria de saúde, para dar uma solução ao problema, buscando sempre melhorar a atenção na população assistida.

Na unidade existem as cadernetas para pessoas idosas, que são solicitadas nas consultas, onde se preenchem as informações atuais do idoso, encarregando-se dessa função a enfermeira e a médica.

Dentro das ações desenvolvidas pela unidade, temos a imunizações dos usuários, promovemos a prática das atividades física e hábitos alimentares saudáveis, para evitar o sedentarismo e a obesidade, falamos sobre como manter sua saúde bucal e os malefícios do tabagismo.

Quando as visitas domiciliares são feitas, incluimos visitas aos usuários acamados e consultas no domicílio, um suporte mais adequado às necessidades específicas da pessoa idosa, ajustando com os familiares cada aspecto desse cuidado. Fazemos o reconhecimento do território, constituindo uma importante ferramenta, já que são detectados os idosos em situações de abandono ou outras situações, que apontem que seus direitos estão negligenciados, além de



detectar as barreiras arquitetônicas, presentes nos domicílios, que possam produzir quedas.

Após preencher os dados no caderno de ações programáticas com as informações obtidas dos prontuários e do livro de registro feitos pela enfermeira, concluiu-se que na minha área de abrangência temos 287 usuários com 60 anos ou mais, que representam 100% de cobertura para o Programa da Saúde do Idoso. Todos (100%-287) têm Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, 39% (113) dos usuários têm realizado avaliação multidimensional rápida, acompanhamento em dia, 52% (150) são portadores de hipertensão arterial sistêmica, 16% (47) são portadores de diabetes mellitus, 59% (170) receberam avaliação de risco para morbimortalidade, 61% (175) receberam investigação de indicadores de fragilização na velhice, orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, orientação para atividade física regular e finalmente 39% (113) idosos estão em dia com a avaliação de saúde bucal.

Analisando os dados, posso concluir que temos que continuar trabalhando com os indicadores em questão, mediante ações de promoção e prevenção na população, brindando o atendimento de qualidade e modificando condutas inadequadas de vida, que podem trazer complicações maiores se não são corrigidas para o usuário.

Na minha unidade se fazem as consultas odontológicas todos os dias da semana de manhã e tarde, constamos com dois equipes odontológicas, pelo que a capacidade instalada para a prática clínica é boa, permitindo um seguimento e tratamento continuado na saúde do usuário, levando a comunidade as promoções e prevenções em saúde bucal, que eles precisam. Dentro das ações coletivas desenvolvida pela equipe encontra-se, as palestras em ações de saúde bucal de forma geral, aplicações de flúor em gestantes, idosos, pré-escolares e escolares e as orientações dadas as puérperas, sobre como manter a higiene bucal de seu bebê, assim como a importância que têm que elas conheçam a anatomia da facie de seu bebê, para uma boa amamentação.

As consultas são registradas em as fichas de atendimento odontológico e o prontuário clínico, registros importantes que utilizei para preencher os dados no CAP. Olhando o mesmo, posso avaliar que a média de procedimentos clínico por habitante no mês é de 183 métodos, para um 0.8% da média, temos que 5 pré-escolares, para um 6%, 65 escolares, para um 13%, 113 idosos, para um 39% e 10 gestantes, para um 37%, tiveram o atendimento, na primeira consulta programática. Apresentamos 1 pré-escolar, para um 20%, 15 escolares, para um 23%, 50 idosos, para um 44%, com atendimento não programados. O tratamento inicial foi completado por 2 pré-escolares, para um 40%, 30 escolares, para um 46%, 63 idosos, para um 56% e 10 gestantes, para um 100%, todos receberam orientações alimentares saudáveis e higiene bucal em ações coletivas, para um 100%.

A razão de primeiras consultas programáticas, sobre atendimento não programados fica com pré-escolares em um 20%, escolares com um 23% e idosos com um 44%.

Observando os dados preenchidos no caderno, posso concluir que ainda temos muito para fazer, trabalhando com mais ênfase em os grupos populacionais prioritários, mediante a promoção e prevenção em saúde bucal, não somente na consulta, também na comunidade, planejando as atividades do mês, com o objetivo de propiciar que a tarefa tenha uma organização administrativa, para que todas elas sejam executadas sem margem de erro e assim ter uma melhor qualidade em os atendimentos brindados pela unidade.

É importante mencionar, que no transcurso do Curso de Especialização é podido conhecer a realidade do trabalho da equipe na população, já que mediante o Caderno de Ações Programática e os questionários preenchidos, conheci os dados reais na área em que trabalho, assim como as deficiências que apresenta a equipe, dando-me a possibilidade de intervier, de forma positiva em algumas problemáticas, tais como: A implantação na área dos protocolos para o

seguimento dos diferentes grupos de risco, melhorando assim seus atendimentos e seguimento. Reflitamos sobre melhorar a qualidade das consultas e quais medidas podemos adotar, para que não fiquem usuários sem receber orientações adequadas sobre como modificar seu modo e estilo de vida, melhorando assim sua saúde.

Dentro das Estratégias de Saúde em a Atenção Primária de Saúde que se fazem na unidade, então os atendimentos à comunidade com os procedimentos seguinte; triagem, consultas médicas, consultas e procedimentos odontológicos, consultas de enfermagem, pré-natal, procedimentos ambulatoriais (curativos, aplicação de injeção IM e EV, nebulização, glicemia capilar e retirada de pontos), colonoscopia oncótica, imunização conforme o Programa de Imunização Nacional e teste do pezinho. Tudo isso só é feito porque tem uma equipe administrativo, que é responsável na hora de aplicar os recursos que recebe, em melhorias do funcionamento da UBS e efetuando o pagamento dos funcionários em tempo.

Os serviços prestados à população na UBS, é feito de forma interativa entre a comunidade e os profissionais da saúde, com atendimento integral e fácil acesso da população, beneficiando aos cidadãos e as famílias de forma geral, favorecendo a formação de vínculos entre profissionais e a população assistida, todo isso se faz através da divulgação dos meios de comunicação como; a rádio e carros de som, que as pessoas conhecem como e onde adquirir informações sobre os programas de saúde no município e como eles podem participar de forma ativa no mesmo, integrando-se assim a saúde na comunidade.

Em meu município trabalha-se nos programas de Educação para a Saúde em nas Escolas (P.S.E) onde interagem os profissionais de saúde, com os alunos e profissionais da educação, abordando temas específicos como; saúde bucal, palestras médicas com temas relacionados a doenças sexualmente transmissíveis, onde eles conheceram as formas de prevenção das mesmas e a conduta a seguir ante uma situação de contágio, entre outros temas. A nutricionista aborda temas nutricionais importantes para o crescimento e

desenvolvimento dos alunos, assim como a psicóloga dá palestras sobre como eles podem atuar ante ao Billings, abuso sexual e violência doméstica, de forma educativa e descontraída.

Também em as consultas de puericultura se fala com as mães das crianças, sobre como elas podem modificar de forma preventiva, seu modo e estilo de vida para q seus filhos não tenham doenças e complicações maiores por falta de conhecimento das mesmas e assim diminuir a mortalidade infantil por diarreias e infecções respiratórias em crianças menores de cinco anos em nosso município.

Trabalhando em minha área com a promoção e prevenção da saúde, eu busco uma redução das hospitalizações e de complicações para a saúde da população de forma geral, conscientizando as pessoas que elas também som responsável pela sua própria saúde.

### **1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional**

De forma comparativa entre o relatório situacional e o texto da segunda semana posso argumentar, que no transcurso do curso, especialmente na unidade da análise situacional, através da instrumentalização fornecida pelo Curso, tivemos oportunidade de realizar uma análise apurada do contexto da unidade e do processo de trabalho da equipe, subsidiando para uma tomada de decisão, que foi a priorização do idoso para o desenvolvimento do projeto de intervenção.

## **2. Análise Estratégica**

### **2.1. Justificativa**

Eu e minha equipe determinamos fazer um projeto de intervenção, sobre a Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa (inclui Saúde Bucal.), pois na minha população temos muitos usuários com 60 anos e mais, todos com doenças crônicas associadas ao processo de envelhecimento. Os mesmos não tinham um bom acompanhamento em seu seguimento regular, dependendo de sua patologia de base, pelo qual sua qualidade de vida estava comprometida. A equipe além de não programar as consultas, tão pouco utilizava os protocolos do Ministério de Saúde, pelo que decidimos melhorar estas questões e reverter os erros cometidos até agora. Para fazer um estudo com maior qualidade, utilizaremos o Manual Técnico de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde, 2011.

No Brasil, em 2008, os idosos representavam 9,5% da população, de forma que, caso as projeções se confirmem no ano de 2050, eles representarão aproximadamente 30% da população brasileira (IBGE, 2011).

Atuo na UBS Secretaria da Saúde Sede II, localizada em zona urbana, na Avenida Telesforo guerra s/n, Município: Curimatá-PI, foi inaugurado em 2008, está vinculada diretamente ao SUS, já que o pessoal trabalha de acordo com os princípios do mesmo.

A UBS possui estrutura ampla e arejada, contamos com três consultórios médicos, dois consultórios odontológicos, dois consultas de enfermagem, uma sala de coordenação, cinco banheiros, uma recepção, uma sala para curativos, de arquivos, para esterilização, dois consultórios para o atendimento da equipe do NASF, uma farmácia e um depósito da mesma. Este ano a sala de vacina foi reformada, assim como a garagem, expurgo, área de serviço e banheiros para cadeirantes. A UBS possui equipe única de Estratégia de Saúde da Família, a qual está conformada por: médico, odontólogo, auxiliar de saúde bucal, enfermeira, técnico de enfermagem e cinco ACS.

Atendemos um total de 2.713 habitantes, após preencher os dados no caderno de ações programáticas, com as informações obtidas dos prontuários e do livro de registro feitos pela enfermeira, concluiu-se que na minha área de abrangência temos 287 usuários com 60 anos ou mais, que representam 100% de cobertura para o Programa da Saúde do Idoso. Todos (100%-287) têm Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, 39% (113) dos usuários têm realizado avaliação multidimensional rápida, acompanhamento em dia, 52% (150) são portadores de hipertensão arterial sistêmica, 16% (47) são portadores de diabetes mellitus, 59% (170) receberam avaliação de risco para morbimortalidade, 61% (175) receberam investigação de indicadores de fragilização na velhice, orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, orientação para atividade física regular e finalmente 39% (113) idosos estão em dia com a avaliação de saúde bucal. Para uma maior comodidade dos usuários, designou-se uma consulta, com todas as condições necessárias para o atendimento dos mesmos.

A equipe está muito animada com a ideia da intervenção, mas quando iniciei o projeto percebi que teríamos muito trabalho a fazer, com o grupo de risco em questão, já que não se trabalhava 100% da população de idosos, mas muitos idosos não conheciam a importância das consultas programadas e seus direitos, que as mesmas sejam feitas com a periodicidade e qualidade requerida, mas mediante as visitas domiciliares está-se conscientizando à população alvo, sobre o trabalho que a equipe está prestes a desenvolver,

buscando assim adesão dos idosos ao projeto, facilitando o desenvolvimento e maiores resultados do mesmo.

Na unidade antes do projeto já se faziam distintas ações de promoção em saúde na unidade tais como; orientações à comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar e a disponibilidade de visita domiciliar existente na unidade para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção, orienta-se aos ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção e para o reconhecimento dos casos que necessitam de visitas domiciliares, orienta-se à comunidade sobre a importância da realização da verificação da pressão arterial após os 60 anos de idade e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS e DM, informa-se à comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de idosos e sobre o atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde, esclarece-se à comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais, orienta-se aos idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção e se orienta aos usuários e à comunidade, sobre a importância de fazer exercícios físico de forma regular e sobre como manter uma nutrição saudável com seus benefícios.

Ao fazer o projeto estamos buscando aumentar o grão de implementação desta ação, melhorando e modificando o modo e estilo de vida dos idosos, assim como a qualidade de vida dos mesmos, tanto é assim que já estamos capacitando-nos, nos temas com menos conhecimento, designado um dia da semana na unidade no horário da tarde para serem capacitados, enquanto ao protocolo a utilizar, já impresso e disponível na unidade, ao mesmo tempo estamos dando materiais didáticos às ACS ( Revistas de atendimento aos idosos, como preencher as cadernetas dos idosos, como trabalhar e preencher os registros dos idosos, revistas educativas sobre promoção e prevenção em saúde de forma geral e material para identificar problemas odontológicos.), para assim poderem estar à altura da investigação em questão.

Nossa maior dificuldade é a resistência dos usuários, para comparecerem às consultas, mais já se está trabalhando em base a esta problemática, já que nossas agentes se encargam de informar à população sobre o trabalho presto a fazer, aproveitando o mapeamento que estão fazendo na comunidade. É importante mencionar o apoio da gestora, já que está colaborando com nosso projeto, proporcionando-nos os materiais necessários (canetas, folhas, cadernos e o carro para as visitas domiciliares dos usuários com dificuldade na locomoção) para um bom desenvolvimento da intervenção, sim chegamos a nosso objetivo principal, que não é mais que dar atenção médica a toda a população alvo, com a qualidade e periodicidade estabelecida pelo protocolo de Atenção à Saúde da pessoa Idosa, estaremos melhorando a atenção dos idosos na comunidade, que ao final é nosso propósito, levando a eles a mensagem de promoção e prevenção em saúde e como podem modificar risco, que poderiam trazer-lhes complicações maiores sim não são corrigidas a tempo, melhorando assim sua vida de forma geral.

## **2.2 Objetivos e Metas**

### **2.2.1 Objetivo Geral**

A intervenção tem por objetivo a melhoria da Atenção à Saúde da pessoa idosa, de 60 anos e mais na UBS/ESF da Secretária de Saúde Sede II, Pelotas/RS.

### **2.2.2 Objetivos Específicos e Metas:**

Para melhorar o atendimento prestado, o projeto tem os seguintes objetivos específicos e metas:

#### **Objetivo 1: Ampliar a cobertura do programa na saúde do idoso.**

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso na área da unidade de saúde para 100%.

#### **Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde**



Meta 2.1 Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pediosos e medida da sensibilidade a cada três meses para diabéticos.

Meta 2.3: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.4: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular a 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.5: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Meta 2.6: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Meta 2.7: Rastrear 100% dos idosos com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Meta 2.8: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade do atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Meta 2.10: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

### **Objetivo 3: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso.**

Meta 3.1: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

**Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.**

Meta 4.1: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Objetivo 5: Mapear os idosos com risco de morbimortalidade da área de abrangência

Meta 5.1: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Meta 5.2: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Meta 5.3: Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

**Objetivo 6: Promoção em saúde**

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

Meta 6.4: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo ao 100% dos idosos.

**2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas, de setembro a dezembro de 2015, no Posto de Saúde da Secretaria Sede II, no município de Curimatá/PI. Participarão da intervenção todos os usuários Idosos de 60 anos e mais, que fazem parte da área de abrangência desta UBS. As ações programáticas da saúde do idoso de 60 anos ou mais, serão realizadas com a utilização de fichas espelhos, que foram desenvolvidas segundo o preconizado pelo Ministério de Saúde (MS) para cada consulta do

idoso (seja ela feita pela equipe médica ou de enfermagem) e odontológica. Serão armazenadas separadamente dos prontuários dos usuários e serão preenchidas durante as consultas. Para alcançar seus objetivos e metas descritos acima, a equipe de saúde realizará ações distribuídas em quatro eixos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Estes eixos serão descritos a seguir.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do programa da saúde do idoso.

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso na área da unidade de saúde para 100%.

Eixo Monitoramento e avaliação.

Ação: Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde periodicamente (pelo menos mensalmente).

Detalhamento: o monitoramento será realizado por meio da análise do livro de registro de idosos (que será aberto), do prontuário dos idosos e das fichas-espelho, obtendo, assim, informações para o preenchimento da planilha de coleta de dados da intervenção. O processo de monitoramento será contínuo durante toda a intervenção a fim de aperfeiçoar o programa e gerar subsídios para sua avaliação. Os responsáveis por realizar a ação, são a médica e a enfermeira.

Eixo Organização e gestão do serviço.

Ações:

- Acolher os idosos da área adstrita;
- Cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde.
- Atualizar as informações do SIAB.

Detalhamento: a equipe será capacitada para realizar um adequado acolhimento aos idosos, tendo por base a Política Nacional de Humanização e os ACS serão capacitados para a busca dos idosos que não estão realizando

acompanhamento em nenhum serviço. Os idosos cadastrados serão incluídos no registro de dados do programa pela secretaria de saúde do município. Os responsáveis por realizar a ação, são a médica e a enfermeira.

Eixo: Engajamento público.

Ações:

- Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde.

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde.

Detalhamento: os ACS, durante as visitas domiciliares, informarão a população visitada sobre a existência do programa e a que se destina o mesmo. Tal ação será realizada, também, durante o acolhimento dos usuários na UBS, na sala de espera e durante as consultas com os profissionais de nível superior, os responsáveis por realizar a ação, são a médica e a enfermeira.

Eixo: Qualificação da prática clínica.

Ações:

- Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos.

- Capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço.

- Capacitação da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização.

Detalhamento: serão realizadas 04 capacitações, ao longo do período da intervenção, nas quais abordaremos vários temas: acolhimento aos idosos e utilização das ações propostas pela Política Nacional de Humanização; busca ativa dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum

serviço. Estas capacitações serão realizadas de acordo com cada grupo a que se destina cada atividade. Os responsáveis por realizar a ação, são a médica e a enfermeira.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.

Meta 2.1 Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Eixo Monitoramento e Avaliação.

Ação: Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde.

Detalhamento: todos os idosos receberão a Avaliação Multidimensional Rápida, conforme é preconizada pelo Ministério da Saúde e, por meio da análise dos prontuários e fichas de acompanhamento, a recepcionista verificará se esta avaliação está sendo feita, uma vez que todos os idosos devem ser avaliados pelo menos uma vez por ano. Os responsáveis por realizar a ação, são a médica e a enfermeira.

Eixo Organização e Gestão do Serviço.

Ações:

- Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen).

- Definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos.

Detalhamento: para a realização da Avaliação Multidimensional Rápida, faremos contato com a gestão do município buscando conseguir o apoio adequado para garantir os recursos necessários para sua aplicação (balança,

antropômetro, Tabela de Snellen). Durante reunião de capacitação da equipe para o atendimento do Programa durante a intervenção, definiremos as atribuições de cada profissional da equipe nessa avaliação. Os responsáveis por realizar a ação, são a médica e a enfermeira.

Eixo engajamento público.

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável.

Detalhamento: os ACS, durante as visitas domiciliares, informarão a população visitada de suas respectivas áreas e a equipe, diariamente em suas atividades na UBS, informarão à comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável, bem como, compartilharemos com os usuários as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social. Os responsáveis por realizar a ação, são a médica e a enfermeira.

Eixo Qualificação de Prática Clínica.

Ações:

- Capacitar os profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS.

- Treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida.

- Treinar a equipe para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas.

Detalhamento: Durante as capacitações, a equipe será treinada para a aplicação dessa avaliação e para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas. Os responsáveis por realizar a ação, são a médica e a enfermeira.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pediosos e medida da sensibilidade a cada três meses para diabéticos.

Eixo Monitoramento e Avaliação.

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado para idosos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: O exame clínico será realizado de forma adequada durante as consultas de todos os idosos e a recepcionista ou outro membro da equipe monitorará, por meio da análise dos prontuários e das informações contidas na planilha de coleta de dados, a realização deste exame. Os responsáveis por realizar a ação, são a médica e a enfermeira.

Eixo Organização e Gestão do Serviço.

Ações:

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos.
- Garantir a busca de idosos que não realizaram exame clínico apropriado.
- Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.
- Garantir a referência e contra referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.

Detalhamento: Durante reunião de capacitação da equipe para o Programa de Saúde do Idoso, definiremos as atribuições de cada profissional em relação ao exame clínico do idoso. Após monitoramento da realização do exame clínico, os idosos que não o tenham realizado serão buscados pelos ACS e acolhidos pela equipe, conforme agenda previamente definida e aqueles usuários que apresentarem alterações neurológicas ou circulatórias em

extremidades serão referenciados pelo médico para consulta com especialista. Os responsáveis por realizar a ação, são a médica e a enfermeira.

#### Eixo Engajamento Público:

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: os ACS, durante as visitas domiciliares, informarão a população visitada de suas respectivas áreas e a equipe, diariamente em suas atividades na UBS, informarão à comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Os responsáveis por realizar a ação, são a médica e a enfermeira.

#### Eixo de Qualificação de Prática Clínica

##### Ações:

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.
- Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: durante as capacitações, a equipe será treinada para a realização do exame de forma apropriada e para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas. Os responsáveis por realizar a ação, são a médica e a enfermeira.

Meta 2.3 Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

#### Eixo de Monitoramento e Avaliação



**Ação:** Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde e com a periodicidade recomendada.

**Detalhamento:** Os idosos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes Mellitus (DM) serão rastreados e a recepcionista monitorará o número de idosos submetidos a este rastreamento. Os profissionais de nível superior irão acompanhar, por meio dos prontuários e fichas-espelho, a periodicidade da realização de exames laboratoriais, identificando os que estão com exames atrasados e buscaremos, junto à gestão, o atendimento prioritário a esses usuários, sem, no entanto, comprometer os demais usuários. Para aqueles que não estiverem com os exames em dias, informaremos a periodicidade e importância com que devem realizá-los. Os responsáveis por realizar a ação, são a médica e a enfermeira.

**Eixo de Organização e Gestão do serviço.**

**Ações:**

- Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- Estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados.

**Detalhamento:** a equipe será capacitada para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares. O médico buscará garantir a solicitação destes exames, principalmente para aqueles idosos que estiverem com os exames atrasados e solicitaremos do gestor municipal uma maior agilidade para a sua realização. Estabeleceremos, também, sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados. Os responsáveis por realizar a ação, são a médica e a enfermeira.

#### Eixo Engajamento Público:

##### Ações:

- Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: Por meio de palestras feitas na sala de espera, grupos de idosos e consultas individuais os usuários e a comunidade serão orientados, por toda a equipe, quanto à necessidade de realização de exames laboratoriais e periodicidade com que os mesmos devem ser realizados. Os responsáveis por realizar a ação, são a médica e a enfermeira.

#### Eixo de Qualificação de Prática clínica.

Ação: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: De posse do caderno de atenção básica de saúde do idoso, o qual será o protocolo a ser seguido nesta intervenção, todos os membros da equipe deverão ler o material para que sejam realizadas discussões a respeito do tema. Os assuntos poderão ser revisados durante as demais reuniões de equipe. Os responsáveis por realizar a ação, são a médica e a enfermeira.

Meta 2.4: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular a 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

#### Eixo Monitoramento e Avaliação.

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia.

Detalhamento: Durante as consultas o médico identificará os medicamentos em uso pelos idosos, constatando sim os mesmos fazem parte da farmácia popular/Hiperdia e registrando nos prontuários e fichas-espelho a

fim de que possam ser priorizados em consulta médica os fármacos disponíveis pelo programa. Os responsáveis por realizar a ação, são a médica e a enfermeira.

#### Eixo Organização e Gestão do Serviço.

##### Ações:

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: Mensalmente o profissional responsável pela farmácia da UBS deverá realizar o controle do estoque de medicamentos, identificando em tempo oportuno, baixas no estoque e medicamentos próximos de vencimento do prazo de validade para que não se percam medicações nem os deixem faltar, gerando relatório de estoque a ser enviado ao gestor municipal. Conforme registros feitos nos prontuários, verificaremos os medicamentos utilizados pelos idosos hipertensos e/ou diabéticos, de modo que garantiremos que estes medicamentos estejam sempre disponíveis na UBS. Os responsáveis por realizar a ação, são a médica, enfermeira e farmacêutico.

#### Eixo Engajamento Público.

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: Por meio de palestras feitas na sala de espera, grupos de idosos e consultas individuais os usuários e a comunidade serão orientados, por toda a equipe, quanto ao direito dos usuários de terem acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso. Os responsáveis por realizar a ação, são a médica e a enfermeira.

#### Eixo Qualificação da Prática Clínica.

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento: durante as reuniões de equipe, abordaremos temas de atualização em relação ao tratamento da hipertensão e/ou diabetes, segundo orientações do Ministério da Saúde. Os responsáveis por realizar a ação, são a médica e a enfermeira.

Meta 2.5. Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

#### Eixo Monitoramento e Avaliação.

Ação: Monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Detalhamento: por meio da análise dos prontuários e fichas de acompanhamento, o médico, a enfermeira ou a recepcionista monitorará os idosos acamados ou com problemas de locomoção para garantir que todos estejam sendo devidamente acompanhados.

#### Eixo Organização e Gestão do Serviço

Ação: Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa.

Detalhamento: todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa terão seus registros feitos em prontuário próprio e em sua ficha-espelho.

#### Eixo Engajamento Público.

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde.

Detalhamento: A equipe fará palestras na sala de espera e grupos de idosos e orientará os usuários e a comunidade nas consultas individuais sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde. Os responsáveis por realizar a ação, são a médica e a enfermeira.

Eixo Qualificação da Prática Clínica.

Ação:

Capacitar os ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência.

Detalhamento: durante as reuniões, os ACS serão capacitados para o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar destes idosos, bem como, para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar, sendo que uma agenda será organizada para o cumprimento destas visitas. Os responsáveis por realizar a ação, são a médica e a enfermeira.

Meta 2.6 Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Eixo Monitoramento e Avaliação.

Ação:

Monitorar realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: a monitorização da visita domiciliar será feita por meio da análise dos prontuários e fichas-espelho e conversas com os ACS responsáveis pelas micro-áreas. Os responsáveis por realizar a ação, são a médica e a enfermeira.

Eixo Organização e Gestão do Serviço.

Ação:

Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: Após identificação dos idosos acamados ou com problemas de locomoção, será organizada uma agenda para visita domiciliar que será feita tanto pelo ACS, quando pelo médico da equipe. Os responsáveis por realizar a ação, são a médica e a enfermeira.

Eixo Engajamento Público.

Ações:

- Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar.
- Orientar a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: Por meio de palestras feitas na sala de espera, grupos de idosos e consultas individuais os usuários e a comunidade serão orientados sobre os casos nos quais se deve solicitar a visita domiciliar para os idosos e sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção. Os responsáveis por realizar a ação, são a médica e a enfermeira.

Eixo Qualificação Prática Clínica.

Ações:

- Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.
- Orientar os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visitas domiciliares.

Detalhamento: durante as reuniões de equipe, os ACS serão capacitados para o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar destes idosos, bem como, para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar, sendo que uma agenda será organizada para o cumprimento destas visitas. Os responsáveis por desenvolver a ação, são a médica e a enfermeira.

Meta 2.7 Rastrear 100% dos idosos com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Eixo Monitoramento e Avaliação.

Ação:

Monitorar o número de idosos submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente (pelo menos anualmente).

Detalhamento: por meio de anamnese, exame clínico e exames laboratoriais todos os idosos cadastrados na intervenção serão rastreados para HAS e os resultados serão registrados no prontuário para fins de monitoramento. Os responsáveis por realizar a ação, são a médica e a enfermeira.

Eixo Organização e Gestão do Serviço.

Ações:

- Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS.
- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

Detalhamento: todos os idosos serão acolhidos de acordo com o que rege a Política Nacional de Humanização e para a realização da tomada da medida da pressão arterial, faremos contato com a gestão do município buscando conseguir o apoio adequado para garantir os recursos necessários (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica). Os responsáveis por realizar a ação, são a médica e a enfermeira.

Eixo Engajamento Público.

#### Ações:

- Orientar a comunidade sobre a importância da realização da verificação da pressão arterial após os 60 anos de idade.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

Detalhamento: Por meio de palestras feitas na sala de espera, grupos de idosos e a comunidade de forma geral, serão orientados sobre a importância de verificar sua pressão arterial, após os 60 anos de idade e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS. Os responsáveis por realizar a ação, são a médica e a enfermeira.

#### Eixo Qualificação da Prática Clínica.

Ação: Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Detalhamento: durante a reunião de equipe, será feita capacitação sobre como realizar corretamente e criteriosamente a aferição da pressão arterial, respeitando o tempo de repouso para aferição e posicionamento e ajuste do manguito. Os responsáveis por realizar a ação, são a médica e a enfermeira.

Meta 2.8 Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

#### Eixo Monitoramento e Avaliação.

#### Ações:

- Monitorar o número de idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, periodicamente (pelo menos anualmente).
- Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM.
- Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.



- Criar sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicar o idoso que provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste.

Detalhamento: Os idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de HAS serão submetidos à realização de hemoglicoteste como forma de rastreamento para DM, sendo que estes idosos terão essa informação registrada em prontuário e ficha-espelho como forma de indicar o idoso que terá que realizar o hemoglicoteste. Para a realização do hemoglicoteste, faremos contato com a gestão do município buscando conseguir o apoio adequado para garantir os recursos necessários (glicosímetro e fitas de glicemia). Os responsáveis por realizar a ação, são a médica e a enfermeira.

Eixo de Engajamento Público.

Ações:

- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica.

- Orientar à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.

Detalhamento: Por meio de palestras feitas na sala de espera, grupos de idosos e a comunidade, serão orientados sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de HAS e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM. Os responsáveis por realizar a ação, são a médica e a enfermeira.

Eixo Qualificação de Prática Clínica.

Ação:

Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Detalhamento: durante a reunião de equipe, será feita capacitação sobre como realizar corretamente e criteriosamente o hemoglicoteste e de quando há indicações para realizá-lo. Os responsáveis por realizar a ação, são a médica e a enfermeira.

Meta 2.9 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Eixo Monitoramento e avaliação.

Ação: Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos.

Detalhamento: por meio da análise de prontuários e fichas-espelho, os usuários serão monitorados e verificaremos se os mesmos foram avaliados quanto à necessidade de tratamento odontológico. Os responsáveis por desenvolver a ação, são a médica, a enfermeira e odontóloga.

Eixo Organização e gestão do serviço.

Ações:

- Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.
- Cadastrar os idosos na unidade de saúde.
- Oferecer atendimento prioritário aos idosos na unidade de saúde.
- Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

Detalhamento: ao idoso avaliado e com necessidade de atendimento odontológico, faremos o encaminhamento do mesmo para o serviço de odontologia do município. O idoso será agendado conforme agenda própria do

serviço de odontologia na UBS. Os responsáveis por desenvolver a ação, são a médica, a enfermeira e odontóloga.

Eixo de Engajamento Público.

Ação:

Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de idosos.

Detalhamento: Por meio de palestras feitas na sala de espera, grupos de idosos e consultas individuais os usuários e a comunidade serão informados sobre importância de avaliar a saúde bucal de idosos. Os responsáveis por realizar a ação, são a médica, a enfermeira e odontóloga.

Eixo de Qualificação de Prática Clínica.

Ação:

Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos.

Detalhamento: durante a reunião de equipe, será feita capacitação sobre o que deve ser abordado na avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos. Os responsáveis por realizar a ação, são a médica, a enfermeira e odontóloga.

Meta 2.10. Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Eixo Monitoramento e avaliação.

Ação:

Monitorar número de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período.

Detalhamento: por meio da análise de prontuários e fichas-espelho e apêndice, que será feita pela recepcionista, médico ou enfermeira, os usuários

serão monitorados e verificaremos se os mesmos estão realizando acompanhamento odontológico. Os responsáveis por realizar a ação, são a médica e a enfermeira.

#### Eixo Organização e gestão do serviço

##### Ações:

- Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.
- Monitorar a utilização de serviço odontológico por idosos da área de abrangência.
- Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.
- Oferecer atendimento prioritário aos idosos.

Detalhamento: ao idoso avaliado e com necessidade de atendimento odontológico, faremos o encaminhamento do mesmo para o serviço de odontologia do município. O idoso será agendado conforme agenda própria do serviço de odontologia na UBS. Os responsáveis por realizar a ação, são a médica e a enfermeira.

#### Eixo Engajamento Público.

##### Ações:

- Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde.
- Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico.

Detalhamento: Por meio de palestras feitas na sala de espera, grupos de idosos e consultas individuais os usuários e a comunidade serão informados

sobre o atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para saúde geral; serão esclarecidos sobre a necessidade da realização de exames bucais e aproveitaremos o momento para ouvir da população as estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico. Os responsáveis por realizar a ação, são a médica e a enfermeira.

#### Eixo Qualificação de Prática Clínica

##### Ações:

- Capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo.
- Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico.
- Capacitar os ACS para captação de idosos.

Detalhamento: durante a reunião de equipe, será feita capacitação sobre o acolhimento ao idoso e sobre a realização do cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico. Já os ACS serão capacitados para a captação de idosos. Os responsáveis por realizar a ação, são a médica e a enfermeira.

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso.

Meta 3.1 Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

#### Eixo de Monitoramento e Avaliação.

Ação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde.

Detalhamento: por meio dos registros feitos na ficha-espelho e na planilha de coleta de dados, a recepcionista, a enfermeira ou o médico monitorará a frequência dos usuários às consultas, identificando precocemente os faltosos

para que seja mantida o bom funcionamento do programa. Os responsáveis por realizar a ação, são a médica e a enfermeira.

Eixo Organização e Gestão do Serviço.

Ações:

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos
- Organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Os faltosos serão buscados por meio de visitas domiciliares feitas pelos ACS. Para acolhimento dos idosos provenientes das buscas, os ACS criarão uma agenda que será repassada para a recepcionista, a qual terá a responsabilidade de identificar o idoso que chegar à UBS e o encaminhará para a consulta com o médico. Os idosos que não comparecerem à consulta serão identificados pela recepcionista que repassará a informação ao médico e aos ACS para que estes façam a busca dos faltosos e reagendem a consulta. Os responsáveis por realizar a ação, são a médica e a enfermeira.

Eixo de Engajamento Público.

Ações:

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Por meio de palestras feitas na sala de espera, grupos de idosos e a comunidade, serão informados sobre a importância de realização das consultas e sobre a periodicidade preconizada para a realização. Também ouviremos a população sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos. Os responsáveis por realizar a ação, são a médica e a enfermeira.

### Eixo Qualificação de Prática Clínica.

#### Ações:

- Treinar os ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.
- Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

Detalhamento: durante a reunião de equipe, será feita capacitação para os ACS para a orientação de idosos quanto a realização das consultas e sua periodicidade e definiremos a periodicidade das consultas. Os responsáveis por realizar a ação, são a médica e a enfermeira.

#### Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1 Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

### Eixo Monitoramento e Avaliação.

#### Ação:

Monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde.

Detalhamento: a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde será monitorada por meio da análise do prontuário e ficha-espelho de cada idoso, quando a enfermeira, o médico ou a recepcionista identificará se todas as informações estão sendo registradas. A planilha de coleta de dados também servirá como parâmetro de qualidade, já que ela necessita de várias informações para ser devidamente preenchida. Os responsáveis por realizar a ação, são a médica e a enfermeira.

### Eixo Organização e Gestão do Serviço.

#### Ações:

- Manter as informações do SIAB atualizadas.
- Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos.

- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.
- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados.

Detalhamento: Será implantada para a intervenção uma ficha-espelho de registro de dados e uma planilha para coleta dos dados, que semanalmente servirão de base para atualização do SIAB e durante a capacitação será definido qual membro da equipe fará esse monitoramento. A equipe receberá capacitação sobre os formulários de registros e realizadas as devidas orientações de como proceder no preenchimento dos mesmos. Esses registros deverão ser bem completos para que, qualquer informação buscada seja encontrada, o que ajudará a identificar falhas na assistência prestada. Os responsáveis por realizar a ação, são a médica e a enfermeira.

Eixo Engajamento Público.

Ação:

Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: Por meio de palestras feitas na sala de espera, grupos de idosos e a comunidade serão orientados sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Os responsáveis por realizar a ação, são a médica e a enfermeira.

Eixo Qualificação de Prática Clínica:

Ação:

Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos.



Detalhamento: durante a reunião de equipe, os profissionais serão treinados para o preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos. Os responsáveis por realizar a ação, são a médica e a enfermeira.

Meta 4.2 Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

#### Eixo Monitoramento e Avaliação

##### Ação:

Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Detalhamento: durante as consultas, a caderneta de saúde da pessoa idosa será solicitada para o registro das informações e será aproveitado este momento para verificar se todas as informações estão atualizadas e sendo preenchidas pelos profissionais. Os responsáveis por realizar a ação, são a médica e a enfermeira.

#### Eixo Organização e Gestão do Serviço

Ação: Solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Detalhamento: antes do início da intervenção, com a ajuda dos ACS, o médico, a enfermeira ou a recepcionista realizará um levantamento da quantidade de cadernetas necessárias e solicitaremos ao gestor municipal a disponibilização deste documento em quantidade suficiente. Os responsáveis por realizar a ação, são a médica e a enfermeira.

#### Eixo Engajamento público.

Ação: Orientar os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção.

Detalhamento: Por meio de palestras feitas na sala de espera, grupos de idosos e consultas individuais os usuários e a comunidade serão orientados

sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção. Os responsáveis por realizar a ação, são a médica e a enfermeira.

Eixo qualificação da prática clínica.

Ação: Capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa.

Detalhamento: durante a reunião de equipe, os profissionais serão capacitados para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa. Os responsáveis por realizar a ação, são a médica e a enfermeira.

Objetivo 5. Mapear os idosos com risco de morbimortalidade da área de abrangência.

Meta 5.1 Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Eixo Monitoramento e Avaliação.

Ação: Monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência.

Detalhamento: por meio dos registros feitos na ficha-espelho e na planilha de coleta de dados, o médico ou a enfermeira monitorará os idosos de maior risco de morbimortalidade identificados durante as consultas. Os responsáveis por realizar a ação, são a médica e a enfermeira.

Eixo Organização e Gestão do Serviço.

Ação: Priorizar o atendimento a idosos de maior risco de morbimortalidade.

Detalhamento: idosos de maior risco de morbimortalidade serão priorizados para o agendamento das consultas, bem como, para o atendimento na UBS. Os responsáveis por realizar a ação, são a médica e a enfermeira.

#### Eixo Engajamento Público.

Ação: Orientar os idosos sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco.

Detalhamento: Por meio de palestras feitas na sala de espera, grupos de idosos e consultas individuais idosos serão sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco. Os responsáveis por realizar a ação, são a médica e a enfermeira.

#### Eixo Qualificação de Prática Clínica.

Ação: Capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa.

Detalhamento: durante a reunião de equipe, os profissionais serão capacitados para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa. Os responsáveis por realizar a ação, são a médica e a enfermeira.

Meta 5.2 Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

#### Eixo Monitoramento e Avaliação.

Ação: Monitorar o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice.

Detalhamento: durante as consultas, realizaremos investigação para fragilização da velhice e, por meio dos registros feitos, monitoraremos se todos os idosos foram investigados. Os responsáveis por realizar a ação, são a médica e a enfermeira.

#### Eixo Organização e Gestão do Serviço

Ação: Priorizar o atendimento idoso fragilizados na velhice.

Detalhamento: O idoso identificado como fragilizado será priorizado para o agendamento das consultas, bem como, para o atendimento na UBS. Os responsáveis por realizar a ação, são a médica e a enfermeira.

Eixo Engajamento Público.

Ação: Orientar os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente.

Detalhamento: Por meio de palestras feitas na sala de espera, grupos de idosos fragilizados e a comunidade receberão orientação sobre a importância do acompanhamento mais frequente. Os responsáveis por realizar a ação, são a médica e a enfermeira.

Eixo Qualificação Prática Clínica.

Ação: Capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice.

Detalhamento: durante a reunião de equipe, os profissionais serão capacitados para identificação e registro adequado dos indicadores de fragilização na velhice. Avaliaremos os seguintes pontos: idade, patologias, estado nutricional, fatores biológicos e psicológicos que culminam num estado de maior vulnerabilidade, respostas diante de situações estressantes, número de internações no último ano, autocuidado, rede de apoio social. Os responsáveis por realizar a ação, são a médica e a enfermeira.

Meta 5.3 Avaliar a rede social de 100% dos idosos

Eixo Monitoramento e Avaliação.

Ações:

- Monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS.
- Monitorar todos os idosos com rede social deficiente.

Detalhamento: durante as consultas, realizaremos investigação sobre a rede social de todos os idosos e monitoraremos, a partir dos registros feitos, se os idosos foram avaliados, bem como identificaremos aqueles com a rede social deficiente. Os responsáveis por realizar a ação, são a médica e a enfermeira.

#### Eixo Organização e Gestão do Serviço.

Ação: Facilitar o agendamento e a visita domiciliar os idosos com rede social deficiente.

Detalhamento: O idoso identificado com rede social deficiente terá visita domiciliar e agendamento de consultas priorizado. Os responsáveis por realizar a ação, são a médica, enfermeira e os agentes comunitários.

#### Eixo Engajamento Público.

##### Ações:

- Orientar os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde.

- Estimular na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio...) e do estabelecimento de redes sociais de apoio.

Detalhamento: Por meio de palestras feitas na sala de espera, grupos de idosos e consultas individuais os idosos e a comunidade receberão orientação sobre como acessar o atendimento prioritário na UBS. Também estimularemos a comunidade para a promoção da socialização da pessoa idosa e do estabelecimento de redes sociais de apoio. Os responsáveis por realizar a ação, são a médica e a enfermeira.

#### Eixo Qualificação Prática Clínica.

Ação: Capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos.

Detalhamento: durante a reunião de equipe, os profissionais serão capacitados para avaliar a rede social dos idosos.

Objetivo 6: Promoção em saúde.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Eixo Monitoramento e Avaliação.

Ações:

- Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos.
- Monitorar o número de idosos com obesidade / desnutrição.

Detalhamento: O monitoramento será realizado pela enfermeira, médico ou recepcionista a partir da análise dos registros feitos nos prontuários, também serão identificados os idosos com obesidade ou desnutrição. Os responsáveis por realizar a ação, são a médica e a enfermeira.

Eixo Organização e Gestão do Serviço.

Ação: Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Detalhamento: durante a reunião da equipe, será definido o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis. Os responsáveis por realizar a ação, são a médica e a enfermeira.

Eixo Engajamento Público.

Ação: Orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis.

Detalhamento: Por meio de palestras feitas na sala de espera, grupos de idosos, cuidadores e a comunidade receberão orientação sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis. Os responsáveis por realizar a ação, são a médica e a enfermeira.

Eixo Qualificação Prática Clínica.

Ação: Capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira".

- Capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: durante a reunião de equipe, haverá capacitação com temas sobre a promoção de hábitos alimentares saudáveis, inclusive, com orientações específicas para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos. Os responsáveis por realizar a ação, são a médica e a enfermeira.

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Eixo Monitoramento e Avaliação.

Ações:

- Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos

- Monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular.

Detalhamento: O monitoramento será realizado a partir da análise dos registros feitos nos prontuários. Os responsáveis por realizar a ação, são a médica e a enfermeira.

Eixo Organização e Gestão do Serviço.

Ações:

- Definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular.

- Demandar do gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física.

Detalhamento: durante a reunião de equipe, será definido o papel dos membros da equipe na orientação para a prática da atividade física regular e buscaremos apoio do gestor municipal para conseguirmos parcerias institucionais para realização de atividade física, por exemplo, com a disponibilização de um educador físico do NASF. Os responsáveis por realizar a ação, são a médica e a enfermeira.

#### Eixo Engajamento Público.

Ação: Orientar os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular.

Detalhamento: Por meio de palestras feitas na sala de espera, grupos de idosos, cuidadores e a comunidade receberão orientação sobre a realização de atividade física regular. Os responsáveis por realizar a ação, são a médica e a enfermeira.

#### Eixo Qualificação Prática Clínica.

Ação: Capacitar a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular.

Detalhamento: durante a reunião de equipe, haverá capacitação com temas sobre a importância da realização de atividade física regular. Os responsáveis por realizar a ação, são a médica e a enfermeira.

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

#### Eixo Monitoramento e Avaliação.

Ação: Monitorar as atividades educativas individuais.

Detalhamento: este monitoramento só poderá ser feito se o odontólogo da equipe de referência do município registrar as atividades educativas individuais realizadas. Os responsáveis por realizar a ação, são a médica e a enfermeira.



Eixo Engajamento Público.

Ação: Orientar os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

Detalhamento: Por meio de palestras feitas na sala de espera, grupos de idosos e consultas individuais os idosos e familiares receberão orientação sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

Eixo Qualificação de Prática Clínica.

Ação: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias.

Detalhamento: durante a reunião de equipe, haverá capacitação com temas sobre orientações de higiene bucal e de próteses dentárias que devem ser dadas aos idosos.

### **2.3.2 Indicadores**

Os indicadores que serão usados na ação programáticas, referentes a cada uma das ações citadas acima serão:

Relativo ao objetivo 1: Ampliar a cobertura do programa da saúde do idoso.

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso na área da unidade de saúde para 100%.

Indicador 1.1: Cobertura do Programa de Atenção à saúde do idoso da UBS.

Numerador: Número de idosos residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção aos idosos.

Denominador: Número total de idosos residentes na área de abrangência da UBS.

Relativo ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.

Meta 2.1 Realizar Avaliação Multidimensional Rápida (AMR) de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Indicador 2.1: Proporção dos idosos com AMR, utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Numerador: Número total dos idosos com AMR adequada.

Denominador: Número total dos idosos cadastrados no Programa de Atenção ao idoso.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pediosos e medida da sensibilidade a cada três meses para diabéticos.

Indicador 2.2: Proporção dos idosos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total dos idosos com exame clínico apropriado, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pediosos e medida da sensibilidade a cada três meses para diabéticos.

Denominador: Número total dos idosos cadastrados no Programa de Atenção ao idoso.

Meta 2.3: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador 2.3: Proporção dos idosos com os exames complementares periódicos e apropriados de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total dos idosos com exame complementares periódicos e apropriado de acordo com o protocolo.

Denominador: Número total dos idosos com exame complementares periódicos e apropriado de acordo com o protocolo, cadastrados no Programa de Atenção ao idoso na unidade.

Meta 2.4: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular a 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador 2.4: Proporção dos idosos hipertensos e/ou diabéticos com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Numerador: Número de idosos hipertensos e/ou diabéticos, com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número total de idosos hipertensos e/ou diabéticos, com prescrição de medicamentos, cadastrados no Programa de Atenção ao Idosos.

Meta 2.5: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Indicador 2.5: Proporção dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Numerador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Denominador: Número total de idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área), cadastrados no Programa de Atenção ao Idosos.

Meta 2.6: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador 2.6: Proporção dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área), com visita domiciliar em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área), com visita domiciliar em dia, de acordo com o protocolo.

Denominador: Número total de idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área), com visita domiciliar em dia, de acordo com o protocolo, cadastrados no Programa de Atenção ao Idosos.

Meta 2.7: Rastrear 100% dos idosos com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Indicador 2.7: Proporção dos idosos com HAS.

Numerador: Número de idosos com HAS.

Denominador: Número total de idosos com HAS, cadastrados no Programa de Atenção ao Idosos.

Meta 2.8: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

Indicador 2.8: Proporção dos idosos, com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de HAS para Diabetes Mellitus (DM).

Numerador: Número de idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de HAS para Diabetes Mellitus (DM).

Denominador: Número total de idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de HAS para Diabetes Mellitus (DM), cadastrados no Programa de Atenção ao Idosos.

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade do atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Indicador 2.9: Proporção dos idosos com avaliação da necessidade do atendimento odontológico.

Numerador: Número de idosos com avaliação da necessidade do atendimento odontológico.

Denominador: Número total de idosos com avaliação da necessidade do atendimento odontológico, cadastrados no Programa de Atenção ao Idosos.

Meta 2.10: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Indicador 2.10: Proporção dos idosos com a primeira consulta odontológica.

Numerador: Número de idosos com a primeira consulta odontológica.

Denominador: Número total de idosos com a primeira consulta odontológica, cadastrados no Programa de Atenção ao Idosos.

Relativo ao objetivo 3: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso.

Meta 3.1: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Indicador 3.1: Proporção dos idosos faltosos às consultas programadas.

Numerador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

Denominador: Número total de idosos faltosos às consultas programadas, cadastrados no Programa de Atenção ao Idosos.

Relativo ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Indicador 4.1: Proporção dos idosos com registro específico.

Numerador: Número de idosos com registros específicos.

Denominador: Número total de idosos com registros específicos, cadastrados no Programa de Atenção ao Idosos.

Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 4.2: Proporção dos idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Numerador: Número de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Denominador: Número total de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, cadastrados no Programa de Atenção ao Idosos.

Relativo ao objetivo 5: Mapear os idosos com risco de morbimortalidade da área de abrangência

Meta 5.1: Rastrear 100% das pessoas idosas com risco de morbimortalidade.

Indicador 5.1: Proporção dos idosos com risco de morbimortalidade.

Numerador: Número de idosos com risco de morbimortalidade.

Denominador: Número total de idosos, com risco de morbimortalidade, cadastrados no Programa de Atenção ao Idosos.

Meta 5.2: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Indicador 5.2: Proporção dos idosos, com presença de indicadores de fragilização na velhice.

Numerador: Número de idosos, com presença de indicadores de fragilização na velhice.

Denominador: Número total de idosos, com presença de indicadores de fragilização na velhice, cadastrados no Programa de Atenção ao Idosos.

Meta 5.3: Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Indicador 5.3: Proporção dos idosos, que tem avaliação de rede social.

Numerador: Número de idosos, que tem avaliação de rede social.

Denominador: Número total de idosos, que tem avaliação de rede social, cadastrados no Programa de Atenção ao Idosos.

Relativo ao objetivo 6: Promoção em saúde

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Indicador 6.1: Proporção dos idosos, com orientação nutricional, para hábitos alimentares saudáveis.

Numerador: Número de idosos, com orientação nutricional, para hábitos alimentares saudáveis.

Denominador: Número total de idosos, com orientação nutricional, para hábitos alimentares saudáveis, cadastrados no Programa de Atenção ao Idosos.

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Indicador 6.2: Proporção dos idosos, com orientação, para a prática regular de atividade física.

Numerador: Número de idosos, com orientação, para a prática regular de atividade física.

Denominador: Número total de idosos, com orientação, para a prática regular de atividade física, cadastrados no Programa de Atenção ao Idosos.

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 6.3: Proporção dos idosos, com orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias).

Numerador: Número de idosos, com orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias).

Denominador: Número total de idosos, com orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias), cadastrados no Programa de Atenção ao Idosos.

Meta 6.4: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo ao 100% dos idosos.

Indicador 6.4: Proporção dos idosos, com orientações sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de idosos, com orientações sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número total de idosos, com orientações sobre os riscos do tabagismo, cadastrados no Programa de Atenção ao Idosos.

### **2.3.3. Logística**

A UBS da Secretaria Sede II onde atuo, oferece o atendimento dos idosos de 60 anos de idade e mais, realizado pela equipe de enfermagem. Para aperfeiçoar o atendimento dos usuários, será ampliado o atendimento aos mesmos, de forma programática para os usuários de 60 anos de idade e mais, seguindo o calendário de consultas preconizado pelo Ministério da Saúde (MS), exposto no Manual Técnico de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa do MS, 2011. Para uniformização do atendimento, será utilizada a ficha-espelho do idoso (ANEXO C), disponibilizada pelo Curso de Especialização em Saúde da Família – EaD - da UFPel e já em execução pela unidade, mais tenho que sinalar, que a mesma não apresenta a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal, pelo que foi elaborado uma ficha complementar (Apêndice) que será anexada à ficha espelho, assim, poderemos avaliar esse atendimento, completando desta forma a ficha, garantindo uma maior qualidade ao trabalho que se vá a fazer neste grupo de risco. Também o registro de dados dos usuários será feito na planilha de coleta de dados (ANEXO B).

Para realização deste trabalho, o primeiro passo é a identificação dos idosos de 60 anos de idade e mais que moram na área de abrangência. As ACS realizarão o levantamento dos idosos nesta faixa etária, cerca de 287 idosos. Neste cadastro há um meio de contato, para que os usuários sejam agendados para consultar a partir do dia 21 de setembro de 2015. A unidade de saúde possui



agendamento de consultas, com o médico da unidade para os idosos quinta-feira e no período da Intervenção do Curso de Especialização em Saúde da Família da UFPel – EaD, serão mantidas da mesma forma. Serão marcadas 24 consultas ao dia, 12 a cada turno. O tempo estimado para que todas as consultas de cadastramento sejam realizadas é de 12 semanas. Nessa atividade de acolhimento e agendamento das consultas vamos ter como responsável a recepcionista da unidade em parceria com a técnica de enfermagem e as ACS.

O acolhimento dos idosos que buscarem o serviço será realizado pela recepcionista, que procurará o prontuário dos usuários e o encaminhará para a técnica de enfermagem. Usuários com problemas agudos serão atendidos no mesmo turno para agilizar o tratamento. Pessoas classificadas como de alto risco terão prioridade no agendamento, sendo que a demora deverá ser menor do que dois dias. As pessoas que vierem à consulta sairão da UBS com a próxima consulta agendada. Para acolher a demanda de intercorrências agudas, não há necessidade de alterar a organização da agenda, estas serão priorizadas nas consultas disponíveis para pronto atendimento.

Estimamos alcançar com a intervenção 100% dos idosos, assim, devemos estar trabalhando com, aproximadamente 287 usuários segundo as estimativas do Ministério da Saúde, pelo que já foi feito o contato com a gestora municipal, para que a mesma disponha a impressão das 287 fichas espelho e ficha complementar de saúde bucal que será anexada à mesma.

Semanalmente a enfermeira examinará as fichas- espelho dos idosos identificando aqueles que estão com consultas, exames clínicos ou laboratoriais em atraso. As ACS farão busca ativa de todas as pessoas em atraso, estimando 10 buscas por semana, totalizando 40 por mês, entretanto, este quantitativo poderá sofrer alterações, conforme necessidade. Ao fazer a busca, as ACS já agendarão a pessoa para um horário de sua conveniência. Semanalmente, o médico e a enfermeira coletarão as informações na ficha espelho, ficha complementar e prontuário e os lançarão na planilha eletrônica.

Realizaremos reuniões semanais para capacitar a equipe sobre os Protocolos que serão utilizados durante a intervenção. Essas reuniões abordarão diferentes temas de interesse para nosso trabalho e ocorrerão na própria UBS, no horário da tarde ao final do expediente, horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Esta atividade ocorrerá ao longo de toda a intervenção, mantendo o espaço para esclarecer dúvidas relativas ao projeto de intervenção. Cada membro da equipe estará estudando e pesquisando sobre o tema que falaremos naquela semana para podermos trocar conhecimentos e esclarecer alguma dúvida sobre o tema em questão. A exposição dos temas poderá ser feita por meio de palestra, vídeo, apresentação de slides ou outra forma, conforme escolha do profissional. O médico será o responsável pela programação e cumprimento destas reuniões e também, o encarregado de fornecer os temas de estudo e quem dirigirá as atividades.

Toda a equipe será responsável pela realização de atividades educativas por meio de salas de espera na própria UBS, antes de iniciar os atendimentos. Também, faremos contato, mensalmente, com a associação de moradores e com os representantes da comunidade nas igrejas da nossa área de abrangência, dos mercados e apresentaremos o projeto esclarecendo sua importância. Solicitaremos apoio deles e da comunidade em geral para realização de reuniões com o objetivo de esclarecer a comunidade sobre temas relacionados aos cuidados dos idosos. Nesta árdua tarefa estará como responsável uma ACS, que programará as reuniões e contará com a presença de toda a equipe nas diferentes reuniões programadas.

Buscaremos a promoção à saúde com a garantia de orientação nutricional aos cadastrados (na consulta clínica com o enfermeiro e com o médico), com a realização de palestras com o profissional nutricionista, cedido pelo NASF. A orientação quanto à realização de atividades físicas saudáveis contará com o apoio do Educador Físico, também cedido pelo NASF. Em relação à saúde bucal e os cuidados odontológicos, as orientações serão dadas pelo médico, enfermeiro e odontólogo da unidade que falarão aos usuários

participantes da intervenção sobre o tema e abordarão tais cuidados nas avaliações clínicas odontológicas.



[illegible]

### **3 Relatório da Intervenção**

Ao iniciar a intervenção, eu tive minhas dúvidas, sobre se poderíamos finalizar o projeto, pois a equipe não conseguia organizar o trabalho na unidade, já que não estavam acostumados a preparar os atendimentos desta forma, portanto que foi um desafio desenvolver a intervenção, mas com muita dedicação e empenho conseguimos realizar e finalizar o projeto. Enfrentamos muitas dificuldades, mas conseguimos superar algumas delas e assim continuar com o trabalho, ofertando atendimentos com equidade e qualidade aos idosos. Após 12 semanas da intervenção, com trabalho diário da equipe junto com a comunidade e gestão de nossa área de atuação, buscamos fazer um relatório contemplando os principais aspectos em relação as ações desenvolvidas, dificuldades e avanços, bem como sugestões de melhorias. Abaixo alguns aspectos evidenciados.

#### **3.1 Ações previstas e desenvolvidas**

Avaliando as ações previstas e de acordo com o cronograma, foram feitas diferentes atividades de capacitação dos profissionais da unidade, nos diferentes temas, protocolo de atenção à saúde do idoso; atualizar, revisar e preencher os registros proporcionados pelo curso; buscar, acolher e cadastrar no transcurso da intervenção aos idosos da área adstrita no programa, assim como atualizar periodicamente as informações do SIAB/e-SUS. Também se abordou com as ACS, a importância de realizar busca ativa dos usuários faltosos. Todas estas atividades foram direcionadas pela médica em parceria com a enfermeira, mantendo uma dinâmica nas opiniões da equipe de forma geral.

Foi estabelecido o rol de atividades que desempenharia cada profissional nas ações programáticas e como o mesmo responderia ante às dificuldades encontradas para desenvolver as ações propriamente ditas, no transcurso da intervenção. Contatamos com a lideranças comunitárias, para falar sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso na unidade e a importância que o

programa representa, no melhoramento na saúde dos usuários. A equipe solicitou o apoio e cooperação do representante da liderança comunitária, para realizarem a incorporação de todos os idosos cadastrados na área, mediante informações educativas proporcionadas por eles mesmos, onde falariam sobre como seriam as consultas e demais estratégias de saúde implementadas durante a intervenção.

Com este intercâmbio fizemos possível o esclarecimento das dúvidas que tinham os líderes comunitários, sobre a importância dos idosos fazerem acompanhamento periódico e as facilidades que tem os mesmos de realizá-lo na unidade de saúde. Também foram informados sobre o atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para a saúde em geral, além de demais facilidades oferecidas na unidade. Comunicamos também a necessidade que tem este grupo populacional de realizarem os exames bucais periodicamente. Todas estas atividades se fizeram no horário da tarde depois do atendimento, os líderes comunitários acolheram a intervenção de forma positiva e participaram de forma ativa na mesma.

A equipe se reunia todas as semanas, pois sempre existiam dúvidas que tinham que ser aclaradas na mesma semana, evitando assim lagunas nos conhecimentos do pessoal, para um bom atendimento, pelo que tivemos 12 reuniões durante todo o projeto. As mesmas eram feitas todas as quintas-feiras, no horário da tarde, depois que culminavam as atividades, pelo que tenho que reconhecer a disposição e empenho de toda a equipe no trabalho. Nestas reuniões a equipe interagiu de forma descontraída, onde todos mostravam suas perspectivas em relação ao andamento do curso, buscando sempre melhorar as deficiências encontradas. Fiquei muito satisfeita pois todos participaram de forma ativa no projeto, buscando bons resultados da intervenção.

Os usuários faltosos foram buscados depois dos atendimentos, pois tínhamos a nossa disposição o carro que a gestora destinou para nós, com o

fim de procurar a todo aquele que não assistira às consultas programadas, evitando assim atrasos no andamento da intervenção.

A planilha de coleta de dados (PCD) com a ficha espelho (FE) e seus apêndices, proporcionadas pelo curso, foram as ferramentas que eu tive para incorporar e calcular os indicadores no transcurso do trabalho desempenhado, já que especificamente a PCD mostrou os gráficos a medida que os dados da FE com seu apêndice se incorporaram a mesma.

### **3.2 Ações previstas e não desenvolvidas**

Todas as ações se desenvolveram, mas sempre temos encontros e desencontros, pois nas primeiras semanas da intervenção, pela falta de costume da recepcionista em agendar este tipo de consultas prioritárias, tivemos semanas com excesso de demanda espontânea, portanto o atendimento não teve a organização desejada pela equipe, dificultando a permanência dos idosos nas consultas, pois queriam desistir. Mas com o empenho da equipe, sempre conseguimos atender a todos os usuários. Tenho a mencionar, que mesmo a gestora se comprometendo a melhorar o estoque de medicamentos na farmácia, para o bom desenvolvimento na intervenção, apresentamos deficiência nos mesmos e isto provocou desânimo na população assistida, pois referiam, que de nada servia as consultas gratuitas, sem que não tenham remédios gratuitos para dar. Continuamos o trabalho e melhorou esta questão tão polêmica para os usuários. Tanto é assim, que nas últimas semanas já tínhamos todo o estoque de remédios para serem distribuídos e ainda temos.

Outra das grandes dificuldades foi a falta de energia e água que o município apresentou e ainda temos, por isto a dificuldade de fazerem as consultas odontológicas, mas apesar disto conseguimos. Nós apoiamos majoritariamente na prevenção em saúde bucal, ações desenvolvidas pela médica em parceria com o odontólogo, para que as pessoas não ficassem totalmente sem o atendimento, quando não tínhamos energia ou água. Foram reprogramados todos os atendimentos não feitos no dia por esta dificuldade.



Outra das dificuldades que apresentamos no desenvolvimento do trabalho foram os idosos faltosos aos atendimentos, devido ao pouco conhecimento deles sobre a importância de assistir às consultas programadas e a falta de costume de se apresentar as mesmas. Mas sempre foi feita a busca ativa dos mesmos pelas agentes e a médica, que depois do atendimento prosseguimos a buscar no horário da tarde, já que tínhamos a nossa disposição o carro da gestora para fazer a busca ativa dos idosos faltosos, mediante uma visita domiciliária.

### **3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados**

A única dificuldade encontrada pela equipe na PCD, foi a coleta e cálculos dos indicadores nos usuários faltosos, pois não calculou nem fez os gráficos correspondente aos mesmos, sendo isto um inconveniente e dificultando meu trabalho, pelo que tive que solicitar ajuda aos técnicos de informática da secretaria, onde os mesmos encontraram a solução a meu problema e já netos momento consto com todos os gráficos.

### **3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços**

Além de ter culminado a intervenção, a equipe continua empenhada nas mesmas ações que até agora, nos diferentes grupos de risco, não somente nos idosos. Eu acho que já se fez costume o trabalho desenvolvido até o momento, pois passamos 12 semanas desempenhando as mesmas, e também porque desta forma tudo fica mais organizado e nos dá a cobertura e realmente saber quais são os usuários que estão faltando ao atendimento médico. Só nos resta continuar trabalhando com o mesmo esforço de até agora, fiquei muito satisfeita com o resultado que tivemos e sentir que a equipe se deu conta da importância do seguimento da forma que já fizemos, foram muitos os resultados positivos que tivemos e serão mais os que estão por vir, e sempre trataremos de resolver as dificuldades de uma melhor forma.

## **4. Avaliação da Intervenção.**

### **4.1 Resultados**

A intervenção realizada durante as 12 semanas, no período de setembro até dezembro do 2015, tratou sobre a melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa da UBS/ESF Secretaria de Saúde Sede II, localizada em zona urbana, na Avenida Telesforo Guerra S/N, município de Curimatá/PI. Por determinação do curso, foi diminuído o número de semana (12 semanas), no cronograma.

Para realizar a nossa intervenção tivemos como população alvo 2.713 habitantes conforme constam no Caderno de Ações Programática (CAP), preenchido mediante o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) da unidade. Ele retratou melhor a nossa realidade, além disso nossos registros não eram atualizados e, portanto, não fidedignos para utilizarmos. Assim, após inserir no CAP o número total de habitantes residentes na nossa área de abrangência, as estimativas geradas foram, respectivamente 287 idosos com 60 anos e mais para um 100 % da população total.

Quando iniciamos o preenchimento dos dados recolhidos, durante todo este tempo pela equipe, na Planilha de Coleta de Dados (PCD), mediante a ficha espelho e seu apêndice, proporcionados pelo curso, obtivemos os dados reais de nossa população idosa (278 para 100 %), com os quais trabalhamos no desenvolvimento da intervenção, durante todo o período estabelecido.

Os objetivos principais desse trabalho foi melhorar a qualidade da atenção dos usuários na unidade e manter a boa cobertura já existente no programa na saúde do idoso. Para isso foram realizadas inúmeras ações, com a participação da equipe, da comunidade e da gestão.

Antes de iniciar a intervenção, estabelecemos uma meta de cobertura para a atenção à saúde dos idosos (100 %). Essas metas foram consideradas, uma vez que a intervenção teria a duração de apenas 3 meses e também segundo as estimativas do CAP.

O número de idosos residentes na nossa área de abrangência que participaram da intervenção foi, respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês de 96, 192, 278 usuários. Seguem abaixo os resultados obtidos, segundo os objetivos e as metas.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do programa na saúde do idoso.

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso na área da unidade de saúde para 100 %.

Em relação a meta o número total de idosos com 60 anos ou mais residentes na área e acompanhados pela unidade de saúde, foram, no primeiro, segundo e terceiro mês, respectivamente, 96 usuários (34,5%), 192 (69,1%) e 278 (100 %), conforme figura 01.

A meta foi atingida no primeiro, segundo e terceiro mês, pois foram realizadas todas as atividades previstas em nosso projeto. Graças ao apoio da equipe de forma geral e gestora tivemos as condições necessárias para afrontar as dificuldades encontradas no transcurso da intervenção, como por exemplo a busca ativa de usuários faltosos, nestes casos nunca tivemos inconvenientes, já que fazíamos a busca ativa dos idosos imediatamente depois das consultas no horário da tarde, mediante as visitas domiciliares e a gestora disponibilizou um carro da prefeitura só para o uso da equipe nestas questões ajudando de esta forma a melhorar progressivamente o resultado da cobertura no programa.

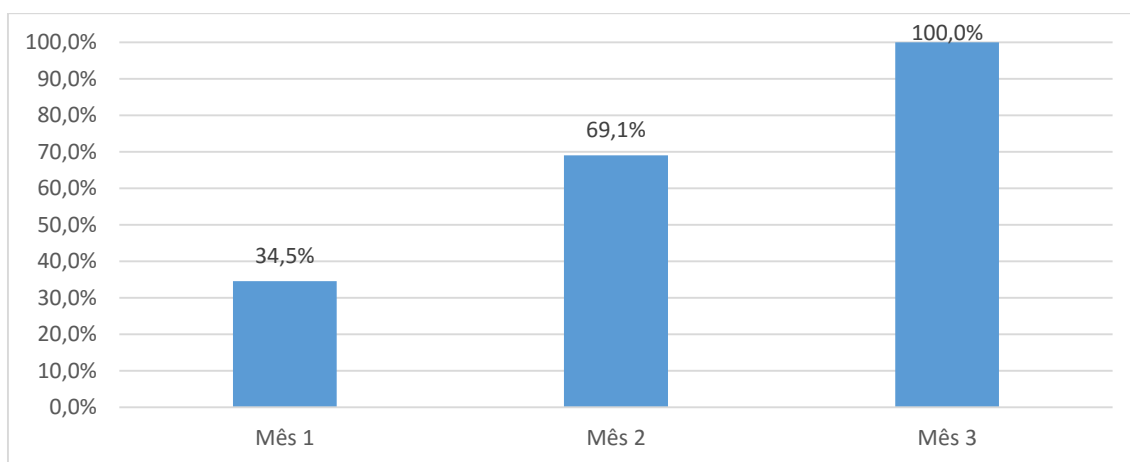


Figura 01: Cobertura do programa de atenção à saúde da pessoa idosa na Unidade Básica de Saúde Sede II, Curimatá/ PI.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.

**Meta 2.1:** Realizar Avaliação Multidimensional Rápida (AMR) de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

A meta foi atingida em 100 %, já que as AMR, foram feitas no momento das consultas programadas, assim como nas visitas domiciliares, com a colaboração das agentes, a médica e enfermeira. Todos participamos para que ficassem todas preenchidas e não tivéssemos atrasos.

**Meta 2.2:** Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pediosos e medida da sensibilidade a cada três meses para diabéticos.

Esta meta foi atingida 100 %, pois nos atendimentos os usuários foram atendidos de forma integral e um exame clínico adequado dependendo da doença do idosos, era prioridade para a equipe, sempre com o objetivo de melhorar a qualidade da consulta.

**Meta 2.3:** Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Em meu município existe um laboratório que trabalha pelo SUS, onde são feitos os exames complementares de forma gratuita, por esta razão facilitou que atingíssemos a meta com 100 %.

Meta 2.4: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular a 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Nem todos os medicamentos utilizados pelos usuários hipertensos e diabéticos são exclusivo da farmácia popular, pois muitos apresentam doenças cardiovasculares associadas a outras doenças e precisam comprar em outras farmácias. Além disso, temos uma baixa cobertura de medicamentos na farmácia popular para o tratamento dessas doenças crônicas.

No primeiro, segundo e terceiro mês, o número de idosos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia foi, respectivamente, 93 (96,9%), 192 (100,0%) e 278 (100,0 %), de acordo com a figura 02.

A meta não foi atingida em 100,0% no primeiro mês, pois ao iniciarmos o projeto, o estoque de medicamentos da farmácia popular não supria a demanda dos usuários atendidos na área de abrangência, já que minha área tem muitos idosos com 60 anos e mais. As compras de medicamentos eram insuficientes, mas no transcurso dos meses, a equipe solicitou uma reunião com a gestora, onde foram comentadas as inquietudes que o problema gerava sobre a população atendida, pedindo assim a ajuda da gestora para aumentar o estoque de medicamentos. Desta forma alcançamos no segundo e terceiro mês 100,0% de cobertura, graças ao apoio e compreensão da secretaria de saúde, proporcionando maior conforto aos usuários atendidos.

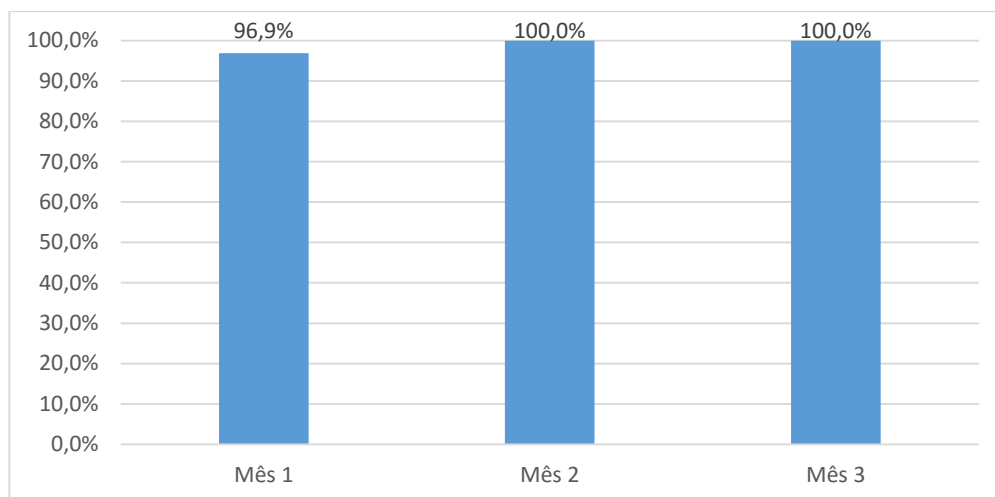


Figura 02: Proporção de pessoas idosas com prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia priorizada na UBS Secretária de Saúde Sede II, Curimatá/PI.

**Meta 2.5:** Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. Estimativa de 22 (8%) dos idosos da área.

Mediante as visitas domiciliares efetuada pela equipe e com ajuda da gestora proporcionando-nos um carro para fazer as mesmas, nós conseguimos cadastrar todos os usuários com as limitações em questão, sendo que a meta foi atingida em 100 % de sua cobertura.

**Meta 2.6:** Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

A meta foi atingida em 100 %, pois como falei anteriormente, nossa equipe graças ao apoio da gestora, tinha um carro da prefeitura à disposição para fazer as visitas.

**Meta 2.7:** Rastrear 100% dos idosos com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Mediante as consultas de controle e as visitas domiciliares, todo idoso cadastrado no programa e que apresentava a doença, teve atualizado sua ficha individual com a doença, sendo a meta atingida em 100 %.

Meta 2.8: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

Mediante as consultas de controle e as visitas domiciliares, todo aquele idosos cadastrado no programa e que apresentava a doença, atualizou-se sua ficha individual com a doença, sendo a meta atingida em 100 %.

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade do atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Meta 2.10: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Apesar da falta de energia no município e os usuários faltosos às consultas programadas, atingimos 100% de cobertura destas duas metas, graças à parceria que fez a médica em conjunto com o odontólogo e a enfermeira durante os atendimentos programados e as visitas domiciliares aos idosos faltosos. Se recuperaram todos aqueles usuários que não tinham sido avaliados, suas necessidades de atendimento odontológico, ou não tiveram a primeira consulta odontológica.

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso.

Meta 3.1: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

A meta foi atingida 100 %, pois depois dos atendimentos, nos dias das consultas programadas dos idosos, todos aqueles usuários faltosos eram buscados na população, graças ao carro que tínhamos a nossa disposição.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Os registros já existiam na unidade, portanto não foi difícil atingir a meta em 100 %, pois nos coube atualizar os mesmos naqueles usuários sem seguimento adequado.

Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Na minha área todos os idosos apresentam cadernetas, a meta foi atingida 100 %.

Objetivo 5: Mapear os idosos com risco de morbimortalidade da área de abrangência.

Reafirmando, as consultas na unidade eram feitas de forma integral, assim como as visitas domiciliares, então a meta em questão foi atingida em 100 % de cobertura.

Meta 5.1: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Como falei anteriormente, as consultas na unidade eram feitas de forma integral, assim como as visitas domiciliares, portanto a meta em questão foi atingida com 100 % de cobertura.

Meta 5.2: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Buscamos sempre olhar ao idosos de forma integral, sendo a meta foi atingida em 100 %.

Meta 5.3: Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Tanto nas consultas como nas visitas, solicitávamos sempre que fora possível a presença da pessoa que morava com o idoso, alcançando a meta em 100%.

Objetivo 6: Promoção em saúde



Meta 6.1: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Em todo o transcurso dos atendimentos e visitas domiciliares, as orientações educativas eram feitas, pela equipe em forma geral, buscando sempre modificar modos e estilos de vidas inadequados, na tentativa de melhorar a qualidade de vida dos usuários, sendo ambas as metas atingidas em 100 %.

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

A médica em parceria com o odontólogo, mediante os atendimentos e as visitas, brindávamos dicas importantes para os usuários, a respeito dos cuidados que tem que ter os mesmos, sobre sua saúde bucal e também esclarecíamos suas dúvidas, melhorando assim sua conduta individual, pelo que a meta foi atingida em 100 %.

Meta 6.4: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100 % dos idosos.

No transcurso dos atendimentos e visitas domiciliares, as orientações educativas eram feitas, pela equipe de forma geral, buscando sempre modificar modos e estilos de vidas inadequados, na tentativa de melhorar a qualidade de vida dos usuários, pelo que a meta foi atingida ao 100 %.

## **4.2 Discussão**

Com a implantação do projeto de intervenção, na unidade básica de saúde onde atuo, minha equipe propiciou melhorar e ampliar a atenção à Saúde de Pessoa Idosa com 60 anos e mais, sendo que nestas 12 semanas conseguimos atualizar a base de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) da unidade, tirando o sub registro que tínhamos antes de iniciar a intervenção.

Observou-se a melhoria na organização e preenchimento continuado dos registros e ficha individuais, dando a possibilidade à equipe de um maior controle na procura de usuários faltosos e aqueles que ainda não tinham consultas programadas pela primeira vez. Conseguimos realizar a Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência, utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde, da mesma forma realizamos exame clínico apropriado nas consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pediosos e medida da sensibilidade a cada três meses para diabéticos, solicitamos exames complementares à todos idosos que precisavam dependendo de sua patologia, avaliamos as necessidades odontológicas dos usuários, melhorando assim adesão dos idosos ao programa implantado.

Para alcançar os resultados obtidos, o projeto exigiu que toda a equipe fosse capacitada quanto ao Protocolo de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa recomendado pelo Ministério da Saúde; relativas ao rastreamento, monitoramento, diagnóstico e tratamento adequado, nestes usuários. Tudo isto proporcionou que a equipe trabalhasse em conjunto e integralmente, ajudando-se entre si, com a finalidade de melhorar o trabalho a desempenhar durante todo o período. A médica em parceria com a enfermeira e o odontólogo, se encargaram de realizar as capacitações, abordando e corrigindo dúvidas gerais e específicas de cada profissional da equipe, ainda de como seria o desenvolvimento da intervenção entre outros temas. Por outro lado, a recepcionista em parceria com as agentes comunitárias encargou-se de organizar e agendar as consultas dos usuários em todo o período e a médica preencheu, organizou os registros e monitorou o desenvolvimento do projeto em questão. Isto acabou tendo impacto em outras atividades no serviço, tais como nos atendimentos dos demais grupos de risco, pois ganhamos conhecimentos na organização do serviço e da importância que tem as consultas programadas, para uma boa qualidade na atenção da comunidade de forma geral.

A implantação do projeto de intervenção teve grande importância para o serviço, já que antes da intervenção, as atividades de atenção aos idosos eram concentradas na médica, pois a demanda espontânea era muito grande. Com a

intervenção, se alcançou melhorar a organização e preenchimento dos registros, assim como o agendamento das consultas de seguimento, para desta forma otimizar os agendamentos dos seguimentos continuados, diminuindo a demanda espontânea. A classificação dos idosos hipertensos, diabéticos e com risco de fragilidade, tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.

A comunidade ficou muito grata pelo trabalho da equipe, pois nunca tinham feito algo parecido com eles, além do que, ainda existem dificuldades organizativas que a equipe tem que resolver com a gestora, para alcançar assim um atendimento integral. Mas tenho que reconhecer que a população ainda não se adapta aos atendimentos priorizados, mesmo que a equipe fale sempre do por que são priorizados e a importância que tem para eles um acompanhamento deste tipo. A cobertura foi atingida, só nos resta continuar atualizando os registros e o SIAB, para manter a qualidade da atenção na unidade.

Acreditamos que a intervenção teria sido mais produtiva se a divulgação tivesse sido maior, propiciando uma incorporação integral dos usuários, explicando para as demais pessoas o trabalho a desenvolver no transcurso das 12 semanas, para que as mesmas apoiassem a intervenção e não ficassem desapontadas nas salas de espera da unidade. Também a gestora em parceria com a equipe poderia ter se reunido para organizar melhor o trabalho. Estamos já no fim da intervenção, pelo que percebo que a equipe está mais organizada e integrada, ao mesmo tempo vamos incorporar a intervenção à rotina do serviço, porém teremos que superar as dificuldades encontradas no transcurso do período trabalhado, sempre pensando no bem-estar do usuário.

A equipe ficou de acordo em incorporar a intervenção na rotina diária da unidade, pois nos demos conta que assim trabalhamos de forma mais organizada, ampliando os atendimentos continuados dos diferentes grupos de riscos, não somente dos idosos. Mas para alcançar nosso objetivo, temos que conscientizar à população sobre estes atendimentos e a razão que tem de priorizar as pessoas idosas e com doenças crônicas. Também notamos que a falta de algumas informações em nossos registros, prejudica a coleta de dados

sobre os atendimentos odontológicos em dia, motivo que adequamos a ficha do idoso para poder coletar e monitorar todos os indicadores previstos no projeto.

A partir do próximo mês, nossas agentes comunitárias continuarão melhorando a cobertura dos idosos, mediante a procura de novos casos, se estão na área e ao mesmo tempo, pretendemos investir no melhoramento da atenção dos mesmos. Tomaremos a intervenção como exemplo para implementá-lo em outros grupos de riscos, tais como; o programa de puericultura e pré-natal da unidade.

## **5 Relatório da intervenção para gestores**

Sr.<sup>a</sup> Secretária de Saúde do município de Curimatá

Durante os meses de setembro a dezembro do 2016, foi realizada na Unidade de Saúde, Secretaria de Saúde Sede II, localizada em zona urbana, na AV Telesforo Guerra s/n, uma intervenção com a intenção de qualificar a atenção na saúde dos idosos na comunidade. A intervenção é parte do Curso de Especialização em Saúde da Família que estou fazendo, na qualidade de profissional aluna. O mesmo é promovido pela UNASUS/Universidade Federal de Pelotas, dirigido aos profissionais participantes do Programa Mais Médico do Brasil, sendo que cada estudante escolhe uma área para a intervenção com o objetivo de melhorar a saúde da comunidade.

A preparação do projeto desenvolvida para a saúde dos idosos, foi discutida e avaliada por toda a equipe, buscando objetivos e metas mais importantes para melhorar os atendimentos do grupo em questão, iniciando assim os treinamentos da equipe sobre o acolhimento, avaliação e atendimento dos idosos de forma correta.

Contamos com o apoio dos digitadores do Sistema de Estatística da Atenção Básica da unidade, tornando fácil conhecer o total da população (2713 habitantes). Segundo as estimativas, esperava-se encontrar 287 idosos cadastrados, mais tínhamos um sob registro. Pelo que cadastrados no programa temos 278 usuários, 100 % do total.

Trabalhamos com o objetivo de realizar uma atenção de qualidade aos idosos, realizando a Avaliação Multidimensional Rápida, rastreamento para diabetes, exame clínico apropriado aos 278 usuários. Também foram feitas visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção entre outras ações. O trabalho foi realizado em equipe e tivemos a participação importante de outros profissionais, nutricionista e psicóloga, para conseguir um melhor resultado na atenção integral.

Os indicadores do risco de morbimortalidade, a rede social, e a fragilização na velhice, foram trabalhados ao longo de toda a intervenção, pois as consultas se fizeram de forma integral todo o tempo. A equipe trabalhou em conjunto para as avaliações, fazendo os controles, as avaliações e acompanhamentos necessários. Um ponto positivo de nosso trabalho, foi a busca ativa de todos os usuários faltosos, pela equipe, foram um total de 16 durante todo o trabalho, seus motivos para faltar aos atendimentos, quase sempre era que não tinham acompanhantes no momento.

Os treinamentos de toda a equipe, os preenchimentos da ficha-espelho e caderneta do idoso, foram ações que a equipe conseguiu realizar com facilidade, além de que minha área estava bastante atualizada.

Inicialmente a equipe apresentou dificuldades em relação a organização, pois não tínhamos o hábito de trabalhar de forma sistematizada, mas com o passar do tempo e as capacitações, vencemos as dificuldades. Trabalhamos muito com a informação e nossas agentes comunitárias fizeram um ótimo trabalho, na divulgação na comunidade sobre a existência e desenvolvimento da intervenção e de como participariam na mesma. Ficamos satisfeitos com a participação de todos.

Ao iniciar a intervenção o serviço sofreu algumas mudanças, já que os atendimentos dos idosos eram feitos na quinta feira em ambos turnos, 12 usuários pela manhã e tarde, tendo assim, que nas primeiras semanas da intervenção, falar e conscientizar muito aos usuários sobre a demanda espontânea, que nem sempre ficaram satisfeito com as explicações. Todos nossos usuários atendidos tinham caderneta, pelo que nos delimitamos a sua atualização.

Um dos problemas que a equipe apresentou foi que desde seu início houve a falta de medicamentos na farmácia popular, pelo que os idosos ficaram muito desanimados ao princípio. Mas depois graças ao apoio da Sr.<sup>a</sup> gestora, esta problemática foi se resolvendo com o passar do tempo, embora ainda exista dificuldade com o tema.

Outro problema que a equipe enfrentou foi a falta de energia no município sendo que os atendimentos odontológicos foram afetados, mas foram recuperados mediante as visitas domiciliares

Apesar das dificuldades que a equipe enfrentou, os resultados foram excelentes. Sempre podemos melhorar, mas o que a equipe alcançou foi muito importante. Mudanças positivas ocorreram no processo de trabalho da equipe, e assim, conseguimos trabalhar de forma mais organizada. Toda equipe continua dedicada para melhorar a saúde dos idosos, que são os usuários mais vulneráveis de nossa comunidade e que não contavam com atendimentos individuais de forma integral assim como o acompanhamento adequado das doenças crônicas, que muitas vezes eram acometidos.

A equipe pretende continuar desenvolvendo as ações realizadas durante a intervenção e incorporá-las à rotina do serviço para manter o trabalho iniciado. Tivemos boa aceitação por parte da comunidade e esperamos também continuar contando com o apoio da gestão municipal, buscando vencer as dificuldades e melhorar a atenção a saúde dos idosos da nossa unidade e município.

## **6 Relatório da Intervenção para a comunidade**

Ao Conselho Local de Saúde a toda a comunidade:

Durante três meses a equipe da UBS Secretaria da Saúde Sede II, tivemos a oportunidade de realizar uma intervenção para melhorar a atenção dos idosos na área. Este trabalho faz parte do Curso de Especialização da UNASUS/UFPEL e Programa Mais Médico para o Brasil. A equipe decidiu fazer o trabalho para melhorar a atenção da saúde da pessoa idosa na comunidade, sendo que as consultas destas pessoas não tinham a qualidade requerida ou não eram feitas de forma sistemática, e ainda os mesmos possuem maiores possibilidades de fragilidades, devido ao processo de envelhecimento que enfrentam.

Importante contarmos com cinco agentes comunitárias, temos um conhecimento amplo da área, além disto, nossos cadastros e monitoramento dos usuários tinham um sob registro, pelo que tivemos que corrigir e atualizar a base de dados. Temos trabalhado muito nos cadastros, monitoramento e avaliação dos mesmos, para obter um maior controle do acompanhamento dos idosos. Conseguimos durante todo este trajeto consolidar um pouco mais a relação médico - usuário, obtendo dados reais sobre suas patologias de base em um contexto mais pessoal, assim como informamos à comunidade sobre o projeto a ser implantado e os benefícios que traria para os mesmos. Os atendimentos foram programados para quinta-feira, em ambos turnos, com um total de consulta para 24 usuários, 12 pela manhã e 12 pela tarde. Os acolhimentos foram realizados com todos os usuários que chegavam à unidade e as informações foram se dando no dia a dia.



A equipe foi capacitada pela médica em parceria com a enfermeira, para assim poderem cumprir com todas as principais ações, cadastramento, avaliação, monitoramento e acompanhamentos dos idosos. Tivemos apoio da Nutricionista e Psicóloga nas ações educativas, para desta forma ter uma avaliação melhor nos atendimentos e assim maior controle da saúde dos usuários, incluindo: controle de pressão arterial e HGT, controle de peso, orientações sobre alimentação e exercício físico, assim como também as avaliações pela Psicóloga para a saúde mental de muitos de nossos usuários.

Outro avanço importante foi fazer todas as visitas domiciliares aos idosos faltosos, graças à ajuda da gestora por disponibilizar um carro só para nós e as agentes que faziam a busca ativa com rapidez.

Das dificuldades que tivemos mais reclamações foi a falta de medicamentos na farmácia popular, pois não tínhamos todo o estoque de medicamentos necessário para cobrir a demanda e necessidade da população, mas depois graças à gestora esta questão melhorou muito. Outra dificuldade que apresentamos foi a falta de energia sendo que a qualidade dos atendimentos odontológicos decaiu, mas sempre buscamos possíveis soluções para melhorar os mesmos, além de não ter a qualidade requerida.

Além de nossas agentes informarem à comunidade sobre o projeto, o carro com o equipo de som da prefeitura teve um papel fundamental, pois também ajudou a divulgar as informações correspondentes do projeto. A intervenção foi implantada no bairro Batateira, nas micro-áreas 17, 18, 24, 25, 26, na população Idosa, já que é uma das populações que requer de maior controle e avaliações por parte da equipe, pelo grão quantidade de usuários que temos na área com doenças crônicas. Foram realizados os cadastramentos de 278 idosos, onde se alcançou as avaliações, acompanhamentos e orientações para eles e suas famílias, com a colaboração de toda a equipe.

Este trabalho obteve muitos benefícios, tanto para a equipe como para a comunidade, pois foram realizadas mudanças nos atendimentos, como a

prioridade das consultas programadas para este grupo de risco na unidade, a atualização das Cadernetas dos Idosos participantes do projeto, os preenchimentos das fichas espelhos, as visitas domiciliares e acompanhamentos no domicílio para os idosos acamados ou com problemas de locomoção. As avaliações e acompanhamentos dos hipertensos e diabéticos foi algo muito positivo e ajudou muito no controle destas doenças, já que muitos dos usuários apresentam alterações dos níveis de pressão arterial e de glicose.

Os resultados dentro do possível forem os esperados, se conseguiu atingir as metas que a equipe esperava determinou, mais ainda temos muito que melhorar para não termos sub registro. A equipe alcançou um número importante de idosos, 278 usuários cadastrados. Foi melhorado os cuidados e controles dos usuários, mais ainda temos muito para ser feito; muitos idosos para atender e melhorar o cuidado em saúde bucal.

A equipe decidiu continuar realizando a intervenção e seguir trabalhando com nossos usuários no sentido de almejar uma melhor qualidade de vida. Sentimos que os benefícios que foram proporcionados para a comunidade, assim como as mudanças foram muito positivas para melhorar a saúde destes.

Precisamos da união e atenção da comunidade para poder conseguir melhorar a saúde dos usuários idosos, buscando superar as dificuldades, demonstrando que a responsabilidade pela saúde não é só do médico, e sim de todos.

## **7 Reflexão crítica sobre meu processo pessoal de aprendizagem.**

A atenção primária à saúde (APS) é a “porta” de entrada do sistema de saúde e deve ter como características: a utilização equitativa dos recursos em saúde, o atendimento integral e o fácil acesso da população à unidade de saúde. No entanto, a Saúde da Família se constitui na estratégia fundamental para a implantação deste modelo de atenção, que beneficia a sociedade, a família e o cidadão, portanto é uma das mais importantes especializações da Medicina, já que ela estuda todas as idades, todas as doenças e trabalha com toda a família, cuidando, avaliando e controlando as doenças de todos os integrantes do núcleo familiar.

No começo tive minhas dúvidas sobre o desenvolvimento da intervenção e pensei que seria muito difícil, pois apesar que na unidade se trabalha com Estratégia de Saúde de Família, os atendimentos devido à grande demanda espontânea não eram feitos de forma adequada, também outro aspecto negativo era a pouca informação que tinham os usuários quanto aos atendimentos em questão e que não tinham sido nunca atendidos do jeito que se pretendia fazer, mas no final deu tudo certo.

Ao iniciar o curso, se realizaram várias atividades que ajudaram à equipe a refletir sobre a construção de um projeto de intervenção, entre elas a Análise Situacional e a Análise Estratégica. Então nos reunimos para avaliar qual parcela da população seria priorizada e a ação programática que seria a eleita para nossa atenção, pela importância que representava para a comunidade em geral e assim foi decidido o trabalho com os idosos, já que este grupo de risco aumenta cada dia mais na população brasileira e são muitos vulneráveis às doenças e precisam de maior cuidado nos atendimentos programados.

Quando iniciou a intervenção minhas expectativas aumentaram, a equipe se uniu ainda mais para que tudo saísse conforme o esperado e com ajuda das capacitações todos aprendíamos mais sobre como melhorar os atendimentos

dos usuários e que proporcionar a qualidade requerida. Em meu caso, em particular fiquei muito grata por participar e conhecer como funciona o Sistema Único de Saúde na Atenção Básica no Brasil, pois ganhei em conhecimentos, além do que já tinha, pois em Cuba se trabalha da mesma forma que aqui, as diferenças são muito poucas.

Quando terminou a intervenção, a equipe avaliou os resultados e notamos que nossas porcentuais alcançadas foram ótimas, já que aprendemos a trabalhar com as necessidades deste grupo de risco. Tenho que sinalizar o empenho de todos, para que a intervenção desse certo e podermos apresentar ditos resultados, além dos conhecimentos adquiridos para melhorar não só a atenção das pessoas idosas, como também aos demais grupos de risco, pois cada um tem seu protocolo e é por eles que se devem seguir os mesmos, mas primeiro a equipe tem que ter o conhecimento adequado para seus seguimentos.

Ao desenvolver todo o trabalho com o olhar integral em relação a saúde dos idosos, me ajudou a trabalhar hoje com um olhar ampliado e saber avaliar os usuários e suas famílias e não apenas as doenças de cada pessoa. Com o projeto conseguimos as avaliações de 278 usuários com diferentes problemas e foram realizados sempre os controles e avaliações diários dos mesmo durante toda a intervenção.

Eu como profissional, considero que a saúde familiar uma ferramenta importante em que todos os médicos deveriam trabalhar, já que assim trabalhamos com a família em geral em conjunto com a comunidade, desta forma podemos ter um maior controle dos usuários com ditas doenças e o tratamos como um ser biopsicossocial e não como uma doença.

A maior aprendizagem para todos nós, foi ver a importância que tem de trabalhar em equipe como algo fundamental, saber escutar e entender as pessoas, olhar aos olhos e poder compreender o sofrimento das pessoas. Tratar ao usuário como uma pessoa com sentimentos e não só curando as doenças e aqui tivemos a oportunidade de aumentar a relação equipe- usuário de nossa comunidade, o que me deixou muito satisfeita.

### **Referências**

Manual Técnico de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde, 2011.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro, RJ, 2011.

### **Apêndice-Adesão da Ficha Espelho**

Saúde bucal da população idosa de 60 anos e mais, da UBS Secretaria de Saúde Sede II.

- Foi informado sobre atendimento odontológico prioritário para idosos e de sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde.

Sim:      Não:      Por que?

- Está realizando acompanhamento odontológico:

Sim:      Não:      Por que?

- Foi avaliada sua necessidade de tratamento odontológico.

Sim:      Não:      Por que?

- Esclareceram suas dúvidas sobre a necessidade da realização de exames bucais.

Sim:      Não:      Por que?

- Foi orientado em conjunto com seus familiares, sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

Sim:      Não:      Por que?

## **Anexos**

**Anexo A - Documento do comitê de ética**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

---

OF. 15/12  
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>  
Prof<sup>a</sup> Ana Cláudia Gastal Fassa

*Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde*

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

*Patricia Abrantes Duval*  
Patricia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPel



## Anexo B- Planilha de coleta de dados

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Digite apenas nas células em VERDE.

NÚMERO TOTAL DE IDOSOS (ADULTOS DE 60 OU MAIS ANOS DE IDADE) RESIDENTES NA ÁREA	400	→	OBSERVAÇÕES
Considere apenas os idosos residentes na área de abrangência da unidade de saúde. Você pode obter este dado do cadastramento do SIAB ou, se não puder obter este dado diretamente, pode usar uma estimativa - ver observações para a célula C20.			

NÚMERO TOTAL DE IDOSOS RESIDENTES NA ÁREA E ACOMPANHADOS NO PROGRAMA DE SAÚDE DO IDOSO	76	133	200	→	OBSERVAÇÕES
					Considere apenas os idosos residentes na área de abrangência da unidade de saúde que frequentam o Programa de Saúde do Idoso. Você pode obter este dado contando as fichas do Programa / fichas espelho / fichas sombra. Se você não tem um Programa de Saúde do Idoso instalado em sua unidade de saúde, considere os idosos que são atendidos em sua unidade de saúde. Você pode localizar estes idosos a partir das Fichas de Atendimento Ambulatorial (FAA) ou Livro de registro dos atendimentos da unidade de saúde.

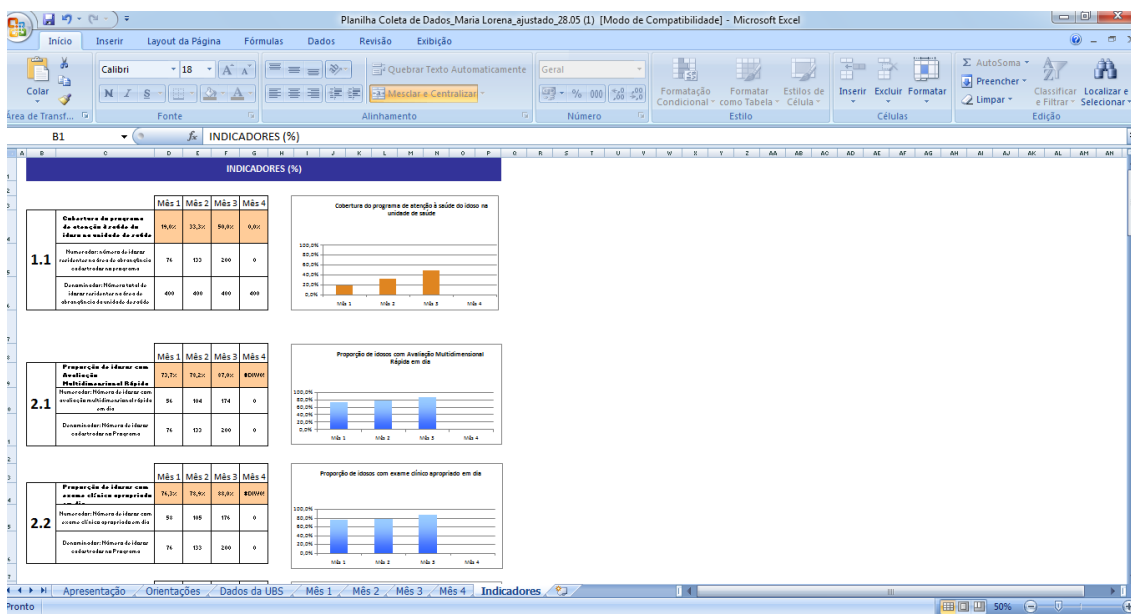
NÚMERO TOTAL DE IDOSOS RESIDENTES NA ÁREA QUE ESTÃO ACAMADOS	10	17	26	→	OBSERVAÇÕES
					Digite aqui o número de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção de acordo com sua realidade. Se não souber, pode usar uma estimativa, um número aproximado, obtido abaixo, na célula C25. Se usar esta estimativa, lembre-se de

\*Estimativa de idosos no território

População total	4000	→	OBSERVAÇÕES
Digite a população total nesta célula de acordo com sua realidade e a estimativa de idosos será calculada automaticamente e mostrada na célula C22. Utilize este número se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores.			

Apresentação / Orientações / Dados da UBS / Mês 1 / Mês 2 / Mês 3 / Mês 4 / Indicadores



[illegible]

[illegible]

FLUXOGRAMA DOS EXAMES LABORATORIAIS							
DATA							
Glicemia de Jejum							
HGT							
Hemoglobina glicosilada							
Coletor total							
HDL							
LDL							
Triglicerídeos							
Creatinina Sérica							
Potássio sérico							
Triglicerídeos							
EQU							
Infeção urinária							
Proteinúria							
Corpos cetônicos							
Sedimento							
Microalbuminúria							
Proteinúria de 24h							
TSH							
ECG							
Hemograma							
Hematócrito							
Hemoglobina							
VCM							
CHCM							
Plaquetas							

## **Anexo D-Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias**

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão à disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

\_\_\_\_\_  
Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_, Documento \_\_\_\_\_ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do declarante